

José Carlos Januário

Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre, sob orientação do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e do Professor António Fernando Amaral

Coimbra, 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

José Carlos Januário

**Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa
internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de
Coimbra**

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira
Professor António Fernando Amaral

Coimbra, 2013

Agradecimentos

À Rosário e ao Zé Afonso, pela paciência e compreensão.

Ao Professor Fernando Amaral, pela sua disponibilidade incondicional e capacidade de motivação.

Ao Professor Pedro Ferreira, pela compreensão e aprendizagens proporcionadas.

A toda a equipa de enfermagem do serviço de Medicina Interna, com um agradecimento particular à Enfermeira Hermínia pela amizade, estímulo e compreensão.

Aos cidadãos que participaram nesta investigação o meu obrigado pela disponibilidade e confiança.

Resumo

Introdução: O contexto e a realidade em que se desenvolve a intervenção dos enfermeiros de reabilitação fazem com que estes profissionais tenham a qualidade de vida das pessoas como questão central à sua atividade. Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os utentes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado, reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman,2000). **Objetivo:** analisar os resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação no serviço de medicina. **Material e Métodos:** A opção por uma investigação quantitativa, descritivo correlacional, com medições repetidas; surge-nos como a mais adequada para a compreensão da problemática. Optamos por descrever quatro casos de doentes, esta metodologia permite-nos ter uma visão mais esclarecedora da população em estudo. Escolhemos como instrumento de recolha de dados o InterRAI® – Cuidados Agudos e a análise dos registos de enfermagem de reabilitação no serviço. **Critérios de seleção:** necessitar da intervenção do enfermeiro de reabilitação durante o período Abril a Julho de 2012. **Resultados:** A amostra de 46 indivíduos, permite-nos constatar que a hospitalização promove alterações no estado de saúde destes, no momento da admissão há alterações negativas significativas, relativamente ao momento que antecede o evento que levou à hospitalização, no momento da alta há alterações positivas relativamente à admissão, no entanto há perdas relativamente à pré-admissão. Das dimensões avaliadas, na dispneia houve diferença significativa entre os 3 momentos com média mais elevada no momento 2 (2,61), no entanto verificamos haver ganhos globais, na pré-admissão valores de média de 1,79 e no momento da alta valores de média de 1,60. Nos estudos de caso apresentados a preocupação com a mobilidade das pessoas é transversal, os exercícios de ADM são frequentemente utilizados pelos enfermeiros de reabilitação para melhorar a mobilidade ou prevenir os efeitos deletérios da imobilidade. **Conclusões:** A intervenção dos enfermeiros de reabilitação centra-se no autocuidado e na

respiração, há evolução positiva nas capacidades de autocuidado e expetorar dos doentes, no entanto registamos perdas de capacidade em relação às suas capacidades de autocuidado na pré-admissão, evidencia ganhos na redução da sensação de dispneia, relativamente à pré-admissão.

Palavras-Chave: Enfermagem; Reabilitação; Resultados; Cuidados; Valor.

Abstract

Introduction: The reality and contexts in which rehabilitation nurses intervene makes people's quality of life a main issue for their professional activity. One of the main goals of nursing professionals is to enable people to manage their health and symptoms in face of chronic disease. Rehabilitation nurses work with their patients for them to achieve the maximum level of functional independence, particularly in their daily life activities, promoting self-care and enhancing positive adaptation behaviours (Hoeman, 2000). **Objective:** To analyse the results of rehabilitation nursing activity in the Medical Service. **Material and Methods:** The best choice to fully understand this problem was a quantitative approach to a descriptive, co relational study with repeated measures. We chose to describe four patient cases since this methodology allows us to obtain a clearer perspective of the population under analysis. As data collection instruments we chose 'InterRAI® – Cuidados Agudos' [Acute Care] and the analysis of the rehabilitation nursing service records. **Selection Criteria:** The need for a rehabilitation nurse's intervention during the period between April and July of 2012. **Results:** The 46 people's sample allows us to conclude that hospitalization (inpatient care) leads to changes in their health condition: at admission time, there are significant negative changes in comparison with the moment previous to the event that caused the hospitalization; at discharge time, there are positive changes in reference to the admission period, however losses are noticed if we compare with pre-admission time. Taking into consideration all the dimensions under evaluation, a significant difference was noticed in terms of dyspnoea, within the 3 abovementioned moments, having registered a higher average rate at the 2nd moment (2,61); however, global gains were obtained both in the pre-admission (average rate of 1,79) and in the discharge time (average rate of 1,60). In the case-studies presented, people's mobility is a transversal concern, so ADM exercises are frequently used by rehabilitation nurses to enhance mobility or prevent immobility's deleterious effects. **Conclusion:** Rehabilitation nurses' action is focused on self care and breathing, and there are positive developments in patients self care and expectoration abilities; however, if losses were registered in terms of self care

abilities in pre-admission, gains are obtained in reducing the dyspnoea sensation in comparison to the pre-admission period.

Key-Words: Nursing; Rehabilitation; Results; Self Care; Value.

Lista de Siglas

ADM – Exercícios de Amplitude de Movimentos

ADMA - Exercícios de Amplitude de Movimentos Ativos

ADMP - Exercícios de Amplitude de Movimentos Passivos

AVD – Atividades e Vida Diária

CHUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneos

ICN - Conselho Internacional de Enfermagem

MAQCEH - Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares

MDI – Medicina Interna

OE- Ordem dos Enfermeiros

SPSS - Statistical Package for the Social Science

Listas de Tabelas

Tabela 1: – Género e Idade	37
Tabela 2: – Estado civil	38
Tabela 3: Proveniência	38
Tabela 4: Formas de coabitação	39
Tabela 5: Episódio desencadeador da admissão	40
Tabela 6: Período desde a última hospitalização	40
Tabela 7: Destino após a alta	41
Tabela 8: Locomoção/Caminhar: principal modo de caminhar	41
Tabela 9: Transferência para a sanita	42
Tabela 10: Tomar banho	44
Tabela 11: Dispneia (Falta de Ar)	45
Tabela 12: Diagnóstico de enfermagem na admissão	46
Tabela 13: Diagnóstico de enfermagem na alta.....	46
Tabela 14: Diagnóstico de enfermagem aos cuidadores	47

Lista de Figuras

Figura: 1- Pneumonia esquerda	49
Figura: 2- Pneumonia após cinesiterapia	51
Figura:3- Atelectasia	54
Figura:4 Atelectasia após cinesiterapia	55

Sumário

Introdução	1
 Parte I – CONCEPTUAL	 3
Capítulo I – Enquadramento Teórico	5
1.1 - <i>Quadro Teórico</i>	5
1.2 - <i>Qualidade e Efetividade dos Cuidados</i>	10
1.3 - <i>Valor dos Cuidados.....</i>	18
1.4 - <i>Preparação do Regresso a Casa.....</i>	21
1.5 - <i>Enfermagem de Reabilitação</i>	25
 PARTE II – EMPÍRICA	 29
Capitulo 2 – Métodos	31
2.1 - <i>Tipo de estudo</i>	31
2.2 - <i>Objetivo Questão de Investigação e Hipóteses</i>	31
2.3 - <i>Instrumento de Colheita de Dados</i>	32
2.4 - <i>Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados</i>	33
2.5 - <i>População e Amostra</i>	33
2.6 – <i>Variáveis</i>	34
2.7 - <i>Tratamento dos Dados</i>	34

<i>2.8 - Procedimentos Éticos</i>	<i>35</i>
Capítulo 3 – Resultados	37
<i>3.1 - Caracterização das Amostras</i>	<i>37</i>
<i>3.2 – Locomoção</i>	<i>41</i>
<i>3.3- Transferência para a Sanita.....</i>	<i>42</i>
<i>3.4 - Tomar banho</i>	<i>43</i>
<i>3.5 – Dispneia</i>	<i>44</i>
<i>3.6 – Diagnósticos de Enfermagem</i>	<i>45</i>
<i>3.7 - Estudo de Caso</i>	<i>47</i>
Capítulo 4 - Discussão e Conclusão	59
Bibliografia	65

Anexos

I - InterRAI® Cuidados Agudos

II – Registos de Reabilitação

Introdução

O contexto e a realidade em que se desenvolve a intervenção do enfermeiro de reabilitação fazem com que estes profissionais tenham a qualidade de vida das pessoas como questão central à sua atividade, no seio da equipa, desenvolvem com os seus pares e as pessoas alvo dos seus cuidados, um conjunto de estratégias que visam potenciar as capacidades de autocuidado e de realização das atividades de vida diária que concorrem diretamente para a qualidade de vida, contribuindo decisivamente para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados.

A presença regular do enfermeiro de reabilitação junto das pessoas com necessidades de reabilitação e o seu papel de consultadoria junto da equipa de saúde é hoje entendida como uma mais-valia.

Esta investigação é uma oportunidade para perceber em que medida as intervenções do enfermeiro de reabilitação produzem resultados, permitem restabelecer o estado de saúde, restaurar o funcionamento individual, ou adaptar a pessoa a uma nova situação de saúde. O objetivo desta investigação é: analisar os resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação no serviço de medicina.

Optamos por desenvolver um estudo descritivo correlacional, com medições repetidas, para analisar o resultado das intervenções do enfermeiro de reabilitação. Fomos estudar, no serviço de medicina interna do CHUC, a evolução dos doentes alvo da intervenção destes profissionais, bem como a evolução dos diagnósticos efetuados. A recolha de dados decorreu entre Abril e Julho de 2012.

Para dar resposta à questão de partida utilizamos os registos dos enfermeiros de reabilitação, para avaliar a evolução do diagnóstico e o InterRAI® – Cuidados agudos, para caracterizar a amostra e avaliar a capacidade de locomoção; de transferência para a sanita; do autocuidado tomar banho e a dispneia.

Para melhor compreender a problemática, entendemos como útil analisar casos concretos, para tal foram selecionados aleatoriamente quatro casos e efetuada a respetiva análise.

Este relatório está organizado em 4 capítulos, o primeiro faz a abordagem conceptual e enquadramento teórico, o segundo aborda a metodologia, o terceiro apresenta os resultados, o quarto faz a discussão dos resultados e a conclusão.

No primeiro capítulo apresentamos a problemática apresentando a origem e justificação da investigação, enquadramento teórico onde trazemos à discussão conceitos fundamentais para abordar o problema, bem como a opinião e resultados de investigação produzida sobre a, qualidade e efetividade dos cuidados de saúde, o valor dos cuidados, o regresso a casa e a enfermagem de reabilitação.

No segundo capítulo descreve-se detalhadamente a metodologia utilizada, os princípios éticos, o tipo de estudo, os objetivos, a questão de investigação, as hipóteses, os instrumentos de colheita de dados, a sua aplicação, a população e a amostra do estudo, as variáveis, o tratamento de dados e o estudo.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados da investigação. Inicialmente faz-se a caracterização da amostra, que é constituída por 46 indivíduos, os resultados obtidos relativamente à locomoção, transferência para a sanita, tomar banho, dispneia e a evolução dos diagnósticos efetuados pelos enfermeiros de reabilitação. Neste capítulo são apresentados 4 casos em que é analisada a intervenção dos enfermeiros de reabilitação.

O quarto capítulo faz a análise e discussão dos resultados, apresenta as conclusões e as limitações da nossa investigação.

Parte I – CONCEPTUAL

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.2 - Quadro Teórico

A aceitação generalizada dos cuidados prestados pelos especialistas em Enfermagem de Reabilitação foi a pedra de toque para a realização da presente Investigação. Estes profissionais concebem e implementam intervenções procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; implementam e programam o treino de AVD's (Atividades de Vida Diária) visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados e da qualidade de vida; implementam programas de treino motor e cardiorrespiratório (Portugal, 2011).

A presença regular do enfermeiro de reabilitação junto das pessoas com necessidades de reabilitação e o seu papel de consultadoria com a equipa de saúde é hoje entendida como uma mais-valia. No entanto os constrangimentos financeiros a que o setor da saúde está sujeito, faz com que estes profissionais nem sempre sejam devidamente rentabilizados, para isso muito contribui a falta de definição de uma política de recursos humanos e a existência de normas de orientação sobre a atividade dos enfermeiros de reabilitação que garantam o acesso atempado de cuidados de reabilitação às pessoas que deles necessitam.

Compreender qual o contributo destes profissionais no tratamento, recuperação e ganhos na evolução da doença, bem como o retorno a casa das pessoas internadas no serviço de MDI (Medicina Interna) dos CHUC (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra) não é tão evidente. Este é o ponto de partida para a investigação que tem como objetivo:

- Analisar o resultado das intervenções do enfermeiro de reabilitação no serviço de medicina.

A análise vai trazer à evidência as intervenções do enfermeiro de reabilitação, não esquecendo que os resultados em saúde não advêm de atos individuais, mas

antes da interação de vários profissionais que em parceria com a pessoa procuram a construção de um projeto de saúde de forma livre e responsável (Doran, 2011).

De acordo com Routasalo et al. (2004) a enfermagem de reabilitação centra no doente o seu modo de ação, todas as intervenções são voltadas especificamente para a reabilitação, apoia a pessoa na autodeterminação, promoção de um sentimento de segurança e uma vida significativa.

Para Leprohon, p.6 (2001) *“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.”*

O autocuidado é o princípio fundamental subjacente às intervenções autónomas desenvolvidas por enfermeiros ou em colaboração com outros profissionais de saúde; é a principal preocupação e objetivo, é um componente na reabilitação de doenças crónicas ou em programas de autogestão (Sidani, 2011). O autocuidado é foco e resultado das intervenções de enfermagem. São vários os fatores que têm contribuído para a sua importância dentro do sistema de saúde: a prevalência da doença crónica com o envelhecimento da população; mudança do foco dos cuidados de saúde centrado na cura para a promoção da saúde; a preocupação em reduzir custos com a saúde que levou a períodos mais curtos de hospitalização e ao surgimento dos cuidados em ambulatório; ao aparecimento de um consumidor mais informado sobre as questões de saúde, a crer tomar decisões sobre os seus cuidados e a melhorar a sua saúde e bem-estar (Dodd e Miaskowski, 2000).

O envelhecimento da população é um tema recorrente na literatura sobre cuidados de saúde e, no que concerne ao serviço de MDI, esta é uma realidade presente. Segundo Sales e Iraci (2007) estamos perante uma população idosa com elevada prevalência de doenças crónicas degenerativas, somada à

decorrência de pluripatologia. No entanto, a presença de doença crónica não é sinonimo de incapacidade para gerir o dia-a-dia de forma autónoma.

Resultante da sua condição de saúde, as pessoas vêem-se confrontadas com restrições à mobilidade, o que as torna mais suscetíveis a complicações como insuficiência cardíaca, deterioração articular, condições trombo-embólicas, incapacidade para prevenir a perda funcional e a manutenção das atividades de vida diária. O enfermeiro de reabilitação desenvolve um conjunto de intervenções para minimizar estes efeitos. Gu e Vicki (2008) realizaram uma meta-análise para estudar o impacto de um programa de exercício no estado funcional dos idosos, demonstraram ser estatisticamente significativos os resultados alcançados por essas pessoas no respeitante à melhoria do desempenho físico.

Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os utentes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado e reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman,2000).

Dunagan, et al. (2005) num estudo randomizado com 151 doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca, em que a gestão da doença foi feita por enfermeiros, bem como a instrução e treino sobre sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, verificou que o número de reinternamentos, o número total de dias de internamento e os custos hospitalares nos primeiros 6 meses reduziram significativamente.

A educação para a autogestão da saúde, segundo Fonseca et al. (2012), tem impactos positivos no bem-estar e capacidade de autocuidado em pessoas com cancro, as intervenções educativas de acordo com as necessidades e preferências da pessoa aumentaram a satisfação das pessoas hospitalizados em unidades de neurologia, o envolvimento das pessoas com patologias cirúrgicas nos seus próprios cuidados resultou num aumento da capacidade de autocuidado e do nível de funcionamento social e a informação personalizada fornecida no

Serviço de Urgência à pessoa com dor torácica reduziu o receio durante o período de observação num ambiente estranho.

As alterações respiratórias são frequentemente causa de internamento. Pereira (2004) numa investigação realizada em hospitais e centros de saúde do norte de Portugal, identifica o foco de atenção expetorar como altamente sensível aos cuidados de enfermagem. Hoeman (2000) afirma que os problemas mais comuns da função respiratória estão relacionados com a limpeza ineficaz das vias aéreas, ventilação ineficaz ou alteração do padrão ventilatório que se traduz em dificuldade respiratória, tosse produtiva, intolerância ao exercício e às atividades de vida diária (AVD).

A cinesiterapia respiratória ou reeducação funcional respiratória é a terapia pelo movimento que atua sobre os fenómenos mecânicos da respiração, permite melhorar a ventilação alveolar com repercussões na relação ventilação perfusão. Magalhães (2009), através de uma revisão sistemática da literatura, traz à evidência que o processo de cuidados de enfermagem com recurso a programa de reabilitação respiratória tem efetividade.

Rootmensen et al. (2008) realizaram um ensaio clínico randomizado em que 191 doentes com patologia respiratória foram alocados para um grupo de cuidados adicionais ou grupo de controlo. Os doentes no grupo de intervenção foram alvo de um programa de educação individualizada por uma enfermeira, tendo por base um protocolo. Constatou que o grupo alvo de intervenção por parte da enfermeira teve uma taxa significativamente mais reduzida de exacerbação da doença, quando comparado com o outro grupo.

A reabilitação respiratória, incluindo o treino pelo exercício, tem trazido à evidência que melhora a sintomatologia, reduz a incapacidade, melhora a qualidade de vida e promove a adaptação e reintegração social dos doentes, como demonstram Corhay et al. (2012) em doentes idosos com doença obstrutiva grave e muito grave. Puhan et al. (2005) traz à evidência, através de uma revisão sistemática, que os doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) sujeitos a um programa de reabilitação respiratória reduzem o risco de internamento por exacerbação de sintomas. Segundo Oh e Soo (2007) a

reabilitação respiratória contribui para uma economia substancial dos custos de saúde por redução dos tempos de internamento e do número de hospitalizações das pessoas com doença respiratória crónica.

No respeitante aos focos de atenção dos enfermeiros mais frequentes no hospital, Pereira (2009) verifica que seis dos dez focos mais frequentes na documentação de enfermagem são de autocuidado. As atividades de autocuidado são ditadas pelo potencial, capacidades, preferências, estilo de vida, sempre com a participação do doente. Na versão 2 de CIPE[®] autocuidado é “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (ICN, 2011, p.41).

Vários são os estudos que demonstram a efetividade de um programa de reabilitação na manutenção, ou aquisição de competências de autocuidado (Doran et al. 2006; Marek et al. 2006; Rose et al. 2007). As intervenções do enfermeiro de reabilitação, face à diminuição das habilidades de autocuidado, visam potenciar as capacidades da pessoa e/ou desenvolver estratégias adaptativas que permitam a utilização do máximo potencial de autocuidado.

O autocuidado é um resultado consistente com a perspetiva de enfermagem, concentra-se na promoção da saúde, funcionalidade e bem-estar, é sensível às intervenções e cuidados de enfermagem; é um conceito fundamental no sistema de saúde atual, permite que as pessoas, especialmente aquelas com doenças crónicas, monitorizem e reconheçam as mudanças no seu corpo, escolham e implementem estratégias adequadas para gerir estas mudanças. Comportamentos de autocuidado permitem reduzir o risco de complicações, melhorar a adaptação à doença, controlar sintomas, melhorar a funcionalidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e reduzir a utilização dos serviços de saúde. O autocuidado é relevante para as pessoas, vistas em todo o continuum de saúde, ou seja, nas várias situações e contextos (primária, aguda, em casa, reabilitação e cuidados de longa duração). No entanto, os resultados esperados variam entre populações e ambientes de saúde (Sidani, 2011).

Reabilitar nem sempre significa o retorno da função, mas em muitas situações é sinónimo de adaptação à nova situação de saúde.

1.2 - Qualidade e Efetividade dos Cuidados

Nas sociedades modernas, a crescente preocupação com a qualidade dos serviços prestados às populações e a melhoria do desempenho tem vindo a influenciar o conceito de qualidade e tem vindo a ser considerada um componente estratégico na maioria dos países. De acordo com Donabedian (2005) qualidade em saúde é, normalmente, um reflexo de valores e objetivos atuais na sociedade em geral e no sistema de assistência de saúde, para o autor a avaliação da qualidade será influenciada pelos critérios selecionados, bem como pelos métodos utilizados na avaliação dos cuidados.

Heather Palmer, citada por Pisco e Biscaia (2001) entendem qualidade como o conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com as melhores prestações profissionais, de acordo com os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utilizadores para os cuidados recebidos.

Para Carapeto e Fonseca (2006) a qualidade assume significados diferentes, dependendo dos indivíduos e das situações, de fatores que ultrapassam as características da organização e da técnica. Está muito dependente das pessoas, ou seja, assume diferentes significados, de acordo com os contextos e as pessoas, é multidimensional. Os autores distinguem a qualidade de um produto da qualidade de um serviço, considerando que a qualidade de um serviço é mais difícil de avaliar, dado que os clientes consideram como parte da qualidade o processo de prestação do serviço e as interações estabelecidas durante o mesmo.

António e Teixeira (2008) face às diferentes definições de qualidade consideram necessário encontrar um elemento comum, para os autores as pessoas são o elemento de interligação, são elas que experimentam as consequências,

estabelecem os requisitos que para elas são estabelecidos e controlam a realização dos processos, assumindo o papel de principais autores.

A qualidade dos cuidados deve fazer parte do dia-a-dia de todos os participantes das organizações prestadoras de cuidados. Para Ferreira (1991) a avaliação da qualidade deve englobar todos os elementos da equipa multidisciplinar. Assim, os conhecimentos de todos os profissionais devem ser combinados e os seus esforços devem direcionar-se ao seu consumidor final.

A O.E. (2001) inscreve na sua matriz conceptual os padrões de qualidade em enfermagem e assume a qualidade em saúde como uma tarefa multiprofissional, com contexto de aplicação local. Acrescenta que a qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou ocultado nos esforços para obter qualidade em saúde.

Esta perspetiva remete-nos para uma noção de qualidade em saúde resultante de uma construção coletiva e proveniente da competência individual (Irvine, et al. 1998).

O processo de cuidar é multidimensional e multiprofissional, tem dimensões curativas e preventivas, os atores deste processo estão integrados em várias profissões de saúde, as restrições financeiras têm colocado na ordem do dia a prestação de contas, os custos e resultados dos cuidados de saúde. Neste contexto é fundamental que cada uma das profissões traga à evidência o seu contributo para os resultados.

Segundo Doran (2011), a investigação mais antiga centrada nos resultados dos cuidados de enfermagem tinha como foco os sintomas, bem-estar e rapidez da recuperação. Donabedian (2005) para identificar os fatores da organização que afetam a qualidade dos cuidados de saúde propõe um modelo de análise centrado na estrutura, processo e resultados. Neste modelo as características do processo de cuidar, as consequências na saúde e bem-estar dos indivíduos são influenciadas pelos saberes técnicos e pela tecnologia disponível.

Estruturas hospitalares e processos foram o foco das primeiras investigações que tinham por base este quadro de análise, recentemente a atenção dos

investigadores centra-se nos resultados, tais como, mortalidade, demora média, satisfação dos doentes (Scherb, 2002; Aiken et al., 1997).

A definição de estratégias e a adoção de ferramentas de trabalho que permitam, avaliar e adequar continuamente a gestão das atividades, bem como dos recursos disponíveis, tem-se revelado uma necessidade ao longo dos anos. Donabedian (2005) analisa a qualidade nas organizações de saúde identificando os fatores que afetam o atendimento dos doentes, tendo por base a estrutura, o processo e os resultados. Esta abordagem da qualidade surge na década de sessenta e questiona a avaliação da qualidade apenas assente nos resultados, entende que estes são importantes, mas só por si não são garantia de qualidade dado que nem sempre são possíveis de medir, em alguns casos podem ter interpretação contraditória.

Donabedian (2005) examina o processo de cuidados, onde inclui os métodos de prestação de cuidados, a competência técnica dos prestadores, a coordenação de cuidados, a acessibilidade, entre outros. À avaliação do processo e resultados acrescenta a configuração e instrumentos de que são produto as duas dimensões anteriores, ou seja, a estrutura relaciona-se com a adequação das instalações, equipamentos e pessoal, qualificação das equipas de profissionais, organização, a estrutura administrativa, entre outros.

Até meados de 1990, a investigação produzida deu pouca atenção à relação entre atributos organizacionais e resultados obtidos com os doentes. Em 1994 a American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care desenvolveu um modelo concetual que relaciona os resultados e variáveis dos doentes, da estrutura organizacional e os cuidados que lhes são prestados. Como resultado deste trabalho foram propostas cinco áreas em que os resultados podem estar associados aos cuidados de enfermagem: realização de autocuidado; comportamentos promotores de saúde; qualidade de vida, satisfação dos doentes com os cuidados e gestão de sintomas (Mitchel et al., 2001).

Tendo por base o modelo de análise desenvolvido Donabedian, estrutura-processo-resultado, Irvine et al. (1998) procuram perceber o contributo da enfermagem para a qualidade de cuidados. Doran et al. (2006) desenvolvem

investigação com o objetivo de explorar o contributo das intervenções de enfermagem durante a hospitalização, associadas à terapêutica, autocuidado e estado funcional dos doentes e tendo por base o modelo desenvolvido por Irvine et al. (1998).

No modelo de Doran (2011) a dimensão estrutura integra enfermeiros, doentes e variáveis institucionais que interferem no processo e nos resultados (carga de trabalho, ambiente de trabalho, outros profissionais). As variáveis de enfermagem contemplam o nível de experiência, formação e competências que podem influenciar a qualidade dos cuidados. As variáveis do doente incluem características pessoais e de saúde ou doença (idade, gravidade da doença e comorbilidades) que interferem com os cuidados e/ou os resultados. As variáveis organizacionais centram-se no ambiente de trabalho, carga de trabalho e outros profissionais que afetam diretamente a prestação de cuidados de enfermagem.

A dimensão processo inclui as intervenções autónomas dos enfermeiros, a administração de terapêutica medicamentosa e intervenções interdependentes. As intervenções autónomas são iniciadas pelos enfermeiros em resposta às necessidades dos doentes, não necessitando de prescrição de terceiros, incluem juízo clínico, implementação de cuidados e avaliação da resposta aos cuidados prestados. As intervenções interdependentes enquadram-se nas funções e atividades partilhadas com outros membros da equipe interdisciplinar, incluem atividades de comunicação, implementação e coordenação de cuidados de manutenção (Idem).

A dimensão resultados assenta em seis categorias a saber: prevenção de complicações como ferimentos ou infeções hospitalares; resultados clínicos, tais como o controle de sintomas; conhecimento da doença, seu tratamento e gestão de efeitos colaterais; resultados funcionais de saúde, tais como função física, social, funcionamento cognitivo, mental e capacidades de autocuidado; satisfação com o atendimento; e custo (Ibidem).

Neste modelo as variáveis de estrutura influenciam o processo e resultado, as de processo afetam os resultados. A qualidade só pode ser medida através da

ligação que se estabelece entre a estrutura e o processo por um lado e os resultados pelo outro.

Aiken et al. (1997) desenvolveram uma estrutura teórica baseada na premissa de que os modelos organizacionais em que os enfermeiros prestam cuidados com autonomia, controlam os recursos das unidades, promovem e incentivam o bom relacionamento entre enfermeiros e médicos, têm melhores resultados com os doentes, maior satisfação, menos complicações e menor mortalidade. Esta equipa está particularmente interessada na compreensão da relação entre enfermeiros e mortalidade dos pacientes. Doran (2011) cita vários estudos (Aiken, Smith, & Lake, 1994; Al-Hader e Wan, 1991; Hartz et al, 1989; Shortell & Hughes, 1988; Tourangeau et al, 2007.; Van Servellen & Schultz, 1999) que demonstram haver relação entre dotações de enfermeiros e a taxa de mortalidade.

Para que haja uma melhoria efetiva dos cuidados é necessária uma avaliação efetiva dos mesmos, apesar de não existir uma unidade de medida para a qualidade, o seu controlo é necessário através de indicadores previamente estabelecidos. É importante utilizar instrumentos de medida na qualidade em saúde, mas é essencial não esquecer a vertente holística do cuidar ao realizar essa avaliação (Hesbeen, 2001), a forma como cada enfermeiro encara o utente e como define o cuidar, manifesta-se nos seus procedimentos e no que valoriza como cuidados de qualidade.

O Nursing Role Effectiveness Model representa a natureza multidimensional das situações de cuidados, orienta a investigação para os mecanismos subjacentes à forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos com os doentes, o sucesso dos cuidados na produção de um determinado resultado e as condições que influenciam os efeitos dos cuidados (Irvine et al.,1998).

Para Amaral (2010), este modelo proporciona um quadro concetual para investigar as relações que podem existir entre características dos doentes, intervenções e resultados, proporciona uma forma compreensiva de avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, dirigindo-se às características do ambiente onde os cuidados são prestados, às intervenções responsáveis pelo

resultado dos doentes e os efeitos das intervenções de enfermagem na obtenção dos resultados.

A OE (2001) ao definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, está a definir o nível mínimo aceitável para todos os enfermeiros. Esta definição tem implicações a nível estrutural, do processo e resultados.

Para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, desde a década de noventa tem sido desenvolvido e implementado em alguns hospitais o Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH). Este método centra-se nos aspetos relacionados com o processo (Pereira, 2009), não abrange todos os cuidados prestados pelos enfermeiros, e apenas abrange pessoas com condições específicas de saúde (Lohmann et al., 1993).

Segundo Pereira (2009) todas as iniciativas que permitem avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem são meritórias e devem centrar-se nas particularidades destes cuidados. A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre influência das competências profissionais, capacidades e conhecimentos que fundamentam a ação de cada enfermeiro que, por sua vez, influencia a qualidade em saúde. Este exercício individual e coletivo, reforça a necessidade de construir modelos de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional que se entronquem nos sistemas mais abrangentes de desenvolvimento da qualidade em saúde.

A garantia de qualidade é para Sale (2000) uma garantia formal do grau de excelência, assegura aos utentes a existência de um nível aceitável de cuidados. Cuidados com qualidade são os que conduzem à satisfação do utente, correspondendo às suas expectativas e são prestados segundo as normas de procedimentos técnicos. Para avaliar a qualidade dos resultados a medição é um imperativo.

Para Foster (2001) a monitorização dos resultados em enfermagem é um dever que está para além da enfermagem. É antes uma responsabilidade de todos os enfermeiros, independentemente do seu contexto, professores, investigadores, gestores e, especialmente, dos prestadores de cuidados. No entanto, esta abordagem per si é redutora. Segundo Marek (1997) é essencial ter em

consideração as condições sob as quais os cuidados de enfermagem são prestados, identificar e monitorizar as intervenções de enfermagem resultantes dos diagnósticos de enfermagem e os resultados das intervenções.

Doran (2011) interroga-se sobre a possibilidade de encontrar resultados exclusivos da intervenção dos enfermeiros, dada a importância de reconhecer a multidisciplinaridade enfatizada nos cuidados de saúde. No entanto, realça a necessidade de utilização de instrumentos sensíveis aos cuidados de enfermagem e, da sua investigação, realça o controlo de sintomas, o estado funcional, o autocuidado e o conhecimento.

A perceção das pessoas que procuram os serviços de saúde, sobre os resultados que obtiveram com a utilização do serviço, depende da sua experiência de saúde-doença. Para Baker et al. (2005) a forma como os profissionais de saúde ajudam as pessoas a entender o significado dos sintomas e a controlá-los eficazmente, vai ser determinante na perceção dessa experiência. A gestão de sintomas é vista como uma componente essencial das intervenções independentes das funções dos enfermeiros

Os sintomas sinalizam alterações de funcionamento fisiológico ou psicológico, são indicativos de alterações agudas de saúde, ou exacerbação de uma condição crónica. O desencadear de um sintoma alerta a pessoa para fazer a sua gestão de forma eficaz, o que implica desencadear estratégias, medicamentosas ou outras, com a finalidade de aliviar os sintomas. Esta experiência é motivo para a procura de cuidados de saúde (Dodd et al, 2001).

É esperado que a gestão de sintomas promova o controlo dos mesmos, ou seja, a sua resolução, atenuação do grau de gravidade ou sofrimento. A dor é uma das causas mais comuns que leva as pessoas a procurar os profissionais de saúde, é causa de incapacidade e de perda de qualidade de vida. A dor provoca sofrimento e incapacidade em 29% da população do Canada com mais de 18 anos (Millar, 1996; Moulin et al., 2002).

Programas de gestão de dor levados a efeito por enfermeiros, resultaram em scores de dor mais baixos nos doentes submetidos a cirurgia do cólon ou da mama (Francke et al., 1977). Holzheimer et al. (1999) obtiveram resultados

semelhantes num programa de cuidados paliativos em contexto domiciliar. Rond et al. (2000) concluíram também que a utilização de uma escala de avaliação numérica, juntamente com a educação para a dor, efetuada por enfermeiras diminuiu o consumo de analgésicos em doentes cirúrgicos de três hospitais holandeses.

A eficácia do exercício no alívio da fadiga foi avaliada em dois estudos em indivíduos com doenças crónicas. Neuberger et al. (2007) descobriram que os doentes com artrite reumatoide que participaram no programa experimentaram uma redução significativa da fadiga. Mock et al. (1994) relataram que as mulheres com cancro de mama que participaram num programa de caminhada sentiram menos cansaço na conclusão do programa do que quem mantinha o tratamento usual.

O autocuidado está relacionado com conhecimento necessário para o exercício do processo subjacente de autogestão, às capacidades necessárias para a pessoa cuidar de si. Doentes submetidos a cirurgia que foram previamente instruídos sobre exercícios e deambulação, tiveram um pós-operatório com menos complicações (Hanucharunkui e Vinaya-nguag, 1991). Doentes em recuperação de cirurgia cardiovascular, na sequência de intervenções educativas, mostraram um aumento do nível de conhecimento relacionado com as estratégias de autocuidado (Barnason et al., 1995). Doentes com AVC que foram instruídos e treinados, mostraram melhor desempenho nas atividades de vida diária (por exemplo, caminhada) (Folden, 1993).

Amaral (2010) entende que não tem sido suficiente a investigação orientada para as mudanças nas condições dos doentes como resultado direto das intervenções de enfermagem.

A avaliação da qualidade deve acentuar num conjunto de indicadores que valorizem todas as dimensões. A eficácia clínica, a capacidade organizacional, a relação com o utente e o trabalho interdisciplinar.

1.3- Valor dos Cuidados

A saúde e os cuidados de saúde são um tema recorrente quando se fala de reformar o Estado ou de diminuir nas despesas sociais do Estado, não só pela importância que a saúde tem para as pessoas que exigem mais e melhores cuidados, mas também pelo peso que as despesas em saúde têm no Orçamento Geral do Estado. Num ambiente de recessão económica é fundamental que cada um dos profissionais de saúde, interveniente no processo de cuidados, promova, com os cuidados que presta, valor acrescentado e demonstre o impacto que os cuidados que presta têm nas pessoas e no sistema, de forma a permitir uma utilização adequada do ponto de vista da procura e do ponto de vista da sua eficiência.

Analisar o valor dos cuidados implica fazê-lo na vertente económica, social e para o utilizador dos cuidados de saúde, segundo Porter (2010, p. 2477) *“Valor deve sempre ser definido em torno do cliente, num sistema de cuidados de saúde que funcione bem, há criação de valor para os pacientes (...) Já que o valor depende de resultados, o valor dos cuidados de saúde é medido pelos resultados alcançados, e não o volume de serviços prestados.”* O autor alerta para o facto de uma análise centrada apenas nos custos se pode traduzir numa falsa poupança. Muitas vezes reduzir custos implica gastar mais. Rutherford (2010) entende que o valor dos cuidados de enfermagem corresponde aos cuidados que impedem complicações, identificam rapidamente reações adversas, levam a uma mais rápida recuperação, poupando tempo no processo.

Dall et al. (2009) demonstram que dotações adequadas de pessoal de enfermagem reduzem significativamente as infeções nosocomiais, tendo como resultado a redução dos tempos de internamento, com implicações evidentes na qualidade dos cuidados. Reduzir o número de enfermeiros traduz-se numa poupança aparente, mas numa perda de bem-estar para as pessoas internadas e aumento dos custos económicos e sociais. Thungjaroenkul et al. (2007) examinam a relação entre os ratios de enfermeiros e os resultados, verificam que dotações adequadas de enfermeiros reduz os tempos de internamento por

eventos adversos, há uma redução do consumo de recursos quando os cuidados são prestados por enfermeiros qualificados.

Centrando o foco na perspectiva do utilizador importa dizer que, sendo os cuidados de saúde um bem de consumo, tem particularidades que o destacam dos restantes bens. Os consumidores de cuidados de saúde dependem dos técnicos de saúde para decidir sobre o tipo de cuidados que devem consumir, não têm a certeza sobre o seu estado de saúde e das necessidades futuras, a informação sobre os resultados esperados é, muitas vezes fornecida pelos técnicos, a informação é assimétrica, nem todas as partes têm acesso à mesma informação (Folland et al. 2008). Nesta perspectiva os cuidados de saúde não podem ser encarados como qualquer outro bem de consumo, o consumidor nem sempre tem condições de decidir quando, e em que quantidade vai consumir.

Decidir sobre o consumo de um bem implica incrementar o valor total do investimento e não apenas o seu custo, ou seja, a aplicação do capital efetuada é no momento a melhor opção alternativa. Quando pensamos num bem, em termos do seu valor, não decidimos pelo seu consumo ou utilização em função apenas do seu custo, mas na qualidade e utilidade que lhe estão associadas (Amaral, 2012).

O acesso aos cuidados de saúde é também uma garantia de bem-estar individual e coletivo. Exemplo disso é o acesso aos cuidados de saúde preventivos e os seus reflexos na estrutura social. Ryrie e Anderson (2011) dá-nos a conhecer um estudo de caso, em que uma equipa de 13 enfermeiros e um fisioterapeuta do Reino Unido fazem o acompanhamento de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em contexto domiciliário, numa população com 467.000 habitantes, para além dos ganhos económicos que se traduzem em milhares de libras, demonstra que reduziu o número de doentes com necessidades de oxigénio, a necessidade de consultas hospitalares, mais autonomia dos doentes, melhor qualidade de vida. Glance et al. (2012), através de investigação efetuada num centro de trauma, demonstram que há relação entre o ratio de enfermeiros e a evolução do estado de saúde dos doentes.

A American Nurses Association (2009) advoga que a coordenação dos cuidados de saúde efetuada por enfermeiros, uma coordenação em parceria com as

famílias e pessoas, orientada para as necessidades e preferências, resulta na melhoria da qualidade da assistência e dos resultados, diminui os custos para as pessoas e a necessidade de cuidados de saúde. Robles et al. (2011) efetuou um estudo no Departamento de Cirurgia da Universidade Loyola verificou haver falta de coordenação na alta dos doentes. A contratação de uma enfermeira com a responsabilidade de coordenar a alta traduziu-se numa redução de 50% nas visitas ao serviço de urgência após a alta, uma melhoria na continuidade dos cuidados, bem como benefícios financeiros para o hospital. Kligler et al. (2011) realizou um estudo em que cuidados coordenados por enfermeiros introduziram medicações complementares para tratar sintomas de dor, ansiedade, náuseas e insónia em doentes oncológicos, não tendo interferido com tempo de internamento, verificou-se menor recurso a antiemético, ansiolítico e hipnóticos.

De acordo com Amaral (p.26-27, 2012) *“O cuidado de enfermagem, enquanto produto, tende a ser muito simplificado ou pouco valorizado por não enfermeiros que não têm uma ideia do que os enfermeiros podem e devem fazer e como o seu trabalho é diferente daquele que é levado a cabo por indivíduos com menores competências e formação.”* Para o autor a falta de informação dos gestores pode estar na base da substituição de enfermeiros por outros profissionais de mais baixo custo, restrições financeiras levam à procura de alternativas para o mesmo nível de produção. Blegen (1998) numa investigação efetuada em 11 hospitais verifica que quanto mais elevado é o nível de formação dos enfermeiros, menor é número de quedas, de infeções nosocomiais, do trato respiratório e urinário.

A história e a génese dos cuidados de enfermagem levaram a que estes permanecessem invisíveis no contexto dos cuidados de saúde (Collièr,1999). Robert et al., citado por Amaral (2012), entende como necessário que os enfermeiros documentem tudo o que acrescenta valor nos cuidados de enfermagem, medindo e aferindo os resultados e os custos de atendimento. Para que os resultados possam ser atribuídos às intervenções de enfermagem é fundamental que a informação produzida seja utilizada na tomada de decisão de enfermeiros e gestores.

O financiamento dos cuidados de saúde assenta, em grande medida nos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH). Para Bentes e Berardo. (2003) a utilização dos GDH como instrumento de pagamento é decisiva para a introdução de critérios mais objetivos e racionais de afetação do SNS aos hospitais e de fixação de preços mais justos e são um incentivo à eficiência.

Os GDHs permitem uma maior transparência da gestão e financiamento do sistema hospitalar, permitem às entidades pagadoras um melhor controlo da quantidade de dinheiro gasta no reembolso aos hospitais e auxiliam as entidades pagadoras a fazerem previsões a longo prazo. No entanto são baseados na produção, negligenciam a promoção da saúde e prevenção da doença, o que constitui uma grave lacuna, dado que grande parte dos cuidados de enfermagem enquadram-se nestas duas dimensões. Os enfermeiros irão continuar a ser subavaliados e sub-representados se estiverem ausentes das estruturas e processos de financiamento da saúde (ICN).

O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é geralmente considerado um custo e não receitas, em contexto hospitalar, o que os torna um alvo constante quando o foco está centrado na redução de custos. As instituições não são compensadas diretamente pela prestação de cuidados de enfermagem, ao contrário dos serviços médicos (Aiken, 2008).

Encontrar um consenso sobre a forma de quantificar os custos relacionados com os cuidados de enfermagem e desenvolver investigação de forma a criar bases de dados, contribuiriam não só para aumentar o investimento em cuidados de enfermagem, mas também para a produção de melhores resultados para os utentes, redução dos custos para as instituições e suporte à tomada de decisão, dos gestores, sobre o tipo de investimento em enfermagem.

1.4 - Preparação do Regresso a Casa

A evolução demográfica acompanhada do desenvolvimento da ciência e tecnologia, traduziram-se no aumento da esperança de vida e consequente

número de pessoas com dificuldade para o auto cuidado, sem que tenha havido o desenvolvimento paralelo de estruturas que deem resposta ajustada às necessidades dos cidadãos. Neste contexto, a preparação do regresso a casa, da pessoa internada numa unidade de saúde, torna-se num processo de primordial importância, desafiando os enfermeiros, a oferecer ajuda profissional.

O Plano Nacional de Saúde para 2011-2016 tem como visão “*maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania*” (Plano Nacional de Saúde 2011-2016).

O regresso a casa constitui um momento determinante na vida das pessoas, no qual o enfermeiro pode assumir a promoção do potencial de autonomia face ao autocuidado e promoção das competências dos agentes informais de autocuidado terapêutico e do seu bem-estar, necessidades reais de cuidados na sociedade atual.

Inscrita na matriz conceptual da profissão, a preparação de regresso a casa, como foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem, é ainda uma temática recente nas práticas dos enfermeiros. O enfermeiro tem um papel central neste processo, no entanto, constitui-se como evidência científica que não é ainda assumida como uma prática profissionalizada por parte dos mesmos, tal como conclui Petronilho (2007). O autor indica que o envolvimento da família na preparação do regresso a casa é ainda uma iniciativa individual de alguns enfermeiros, surgindo como um processo pouco sistematizado.

A evidência de um planeamento inadequado do regresso a casa tem suporte em estudos que identificam, após a alta, a existência de necessidades não satisfeitas (Maramba et al., 2004; cit. por Gonçalves, 2008). Um inadequado planeamento de alta contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado acompanhamento após a alta, falta de preparação para o auto cuidado e o recurso a serviços de saúde por insuficiente educação da pessoa ou do agente de auto cuidado. Como causa de ineficácia do processo de preparação de regresso a casa, pode estar a comunicação deficitária, bem como a falta de organização do processo de educação.

A preparação para o regresso a casa é um processo que pressupõe todo um trajeto a percorrer pela pessoa, preconizando o envolvimento dos profissionais de saúde com a pessoa dependente e o membro da família prestador de cuidados, desde a sua admissão até à integração em contexto familiar, ou seja, numa perspetiva de continuidade de cuidados (Petronilho, 2007). Este processo de carácter interdependente, resulta da colaboração e integração dos diferentes profissionais numa vertente de transdisciplinaridade, em que existe o reconhecimento do contributo de cada profissão e se privilegia o conhecimento transversal às diferentes profissões (Guyonnente e Adam cit. por Figueiredo, 2007).

Na maioria das vezes, a pessoa depara-se com as suas limitações para o autocuidado em contexto hospitalar, seja após um evento programado ou inesperado. Os cuidados de enfermagem tomam por foco a ajuda das pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida (Meleis, 2000; cit. por Petronilho, 2007). Reside aqui o cerne da gestão dos cuidados de enfermagem, o suporte à capacidade da tomada de decisão da pessoa ou agentes, para a concretização de transições saudáveis que beneficiem o autocuidado.

Meleis (2000) considera a pessoa como um elemento intencional, proactivo, com grande dinamismo, um elemento essencial e determinante para a efetivação de uma transição saudável. A autora traz a descoberto novas áreas de atenção para a conceção de cuidados que são essenciais para o enfermeiro promover o desenvolvimento de uma transição saudável, enfatizando a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, a duração da transição e os eventos críticos, como propriedades inerentes ao fenómeno. É então necessário fazer a avaliação diagnóstica da consciencialização, potencial e envolvimento do indivíduo nos processos de transição.

No processo de saúde/doença, em que há a aquisição de dependência, é importante apreciar os indicadores de processo que conduzem a pessoa para uma vida saudável ou em direção à vulnerabilidade ou risco. O resultado esperado é a mestria, que significa o domínio demonstrado e a aquisição de

competências e comportamentos necessários para lidar com situações novas e ambientes novos (Meleis et al., 2000) e, portanto, a capacidade para o autocuidado.

A preparação para o regresso a casa assume-se assim como um momento de capital importância no processo de transição saúde/doença, determinando a continuidade do processo em contexto domiciliário sendo necessário ser encarado como um processo ajustado às necessidades, não só da pessoa dependente, mas também dos agentes de auto cuidado terapêuticos do sistema informal de prestação de cuidados de saúde (Cardoso, 2012).

Existe, em matéria de saúde e autocuidado, uma importante influência mútua entre o indivíduo e a família que, de acordo com Goldenberg (1997), se manifesta em alguns aspetos, tais como a aprendizagem e interiorização das bases do autocuidado e do cuidado a dependentes que o ser humano desenvolve, aprende e interioriza no seio da família. As características da família determinam o tipo de ações que os seus membros realizam para se autocuidarem e essas mesmas características condicionam por sua vez a capacidade e a possibilidade de uma pessoa levar a cabo o seu autocuidado. Na perspetiva de Martins (2002), a funcionalidade conseguida vai, interferir na forma como a família integra a doença e a crise subsequente, bem como na reorganização que consegue implementar.

De acordo com Rebelo (1996), ao prestador de cuidados informal, devem os enfermeiros, de forma organizada e coordenada, prestar apoio técnico, orientação e formação. A eficácia do suporte institucional aos agentes de cuidados informais é determinante na aquisição de confiança em si próprios e provavelmente também numa maior disponibilidade para manter o desempenho desse papel, é que ao assumir o papel de cuidador, a pessoa vê-se confrontada com uma situação sem alternativa de escolha, pautada por uma forte obrigação moral e social a qual, raramente, é partilhada por outros elementos.

A família é induzida a partilhar a responsabilidade das suas funções, com outros parceiros sociais, a continuidade e a educação dos cuidadores para uma correta utilização de recursos disponíveis para apoio à prestação de cuidados, otimiza a resposta. A investigação sobre a temática conclui que o padrão de recursos

disponíveis aos familiares cuidadores é determinante para uma transição saudável no exercício do seu papel face à necessidade de cuidar da pessoa dependente no autocuidado (Petronilho, 2007).

A parceria de cuidados entre cuidadores e as equipas de saúde garante melhor apoio no período de internamento, no contexto domiciliário proporciona boa gestão de recursos e garante o sucesso no regresso a casa. Os enfermeiros assumem o papel de gestor de situação, focalizando, sistematizando e direcionando a ação de enfermagem para a implementação de um processo de preparação para o regresso a casa, no sentido de promover e facilitar os processos de transição para que, qualquer evento menos positivo constitua uma aprendizagem e não um insucesso gerador de stresse e eventual doença (Cardoso et al., 2012).

O regresso a casa representa um momento crítico e complexo para a pessoa dependente e seu agente de autocuidado terapêutico informal, consignando ao enfermeiro uma missão preponderante nos vários processos de transição, constituindo-se assim como o gestor de caso.

1.5 - Enfermagem de Reabilitação

A Enfermagem de Reabilitação surge em Portugal na década de sessenta, na sequência de um projeto da década anterior, resultante da necessidade de especializar um conjunto de profissionais de saúde, entre os quais enfermeiros e construir um centro de reabilitação capaz de dar resposta às necessidades dos grandes deficientes motores, a exemplo do que acontecia em muitos países do mundo. Este centro incluiria uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, onde o enfermeiro de reabilitação daria particular atenção aos aspetos que dizem respeito ao autocuidado e atividades de vida diária, perspetivando-os num paradigma de recuperação funcional tendencialmente dirigida para a recuperação da autonomia nas atividades de vida (O.E., 2003).

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente), nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Portugal, 2011).

As capacidades de autocuidado e de realização das atividades de vida diária concorrem diretamente para a qualidade de vida, contribuindo decisivamente para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados. Este autocuidado é universal e, tal como adianta Queirós (2010), não se restringe às atividades de vida diária, nem às atividades instrumentais da vida diária, mas abrange todos os aspetos vivenciais.

Orem (1995, cit. por Denyes et al., 2001) desenvolveu a teoria de enfermagem do deficit de autocuidado a qual é composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do deficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Orem Identificou três classificações de sistemas de enfermagem de forma a poder dar resposta aos requisitos de autocuidado do paciente. Assim sugere o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. No sistema totalmente compensatório as pessoas apresentam limitações que as tornam socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar. Relativamente ao sistema de enfermagem parcialmente compensatório tanto o enfermeiro quanto o cliente desempenham as

medidas de cuidados ou outras ações, envolvendo as tarefas de manipulação ou a deambulação. No que concerne ao sistema de apoio-educação, a pessoa é capaz de desempenhar o seu autocuidado não necessitando de assistência, pode no entanto necessitar de aprender a executar através de orientação. Desta forma, o papel do enfermeiro é o de promover o cliente como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e capacidades (Taylor, 2004).

A autora entende autocuidado Universal como autocuidado natural, que existe para suprir, satisfazer necessidades inerentes ao processo de vida ao longo do ciclo vital. A estas necessidades de autocuidado, a pessoa responde com um conjunto de recursos pessoais e sociais e exigências do meio. Quando os recursos existentes não permitem a auto satisfação dessas necessidades, a capacidade de autocuidado diminui e surge a exigência de auto cuidado terapêutico, podendo tornar-se imperioso a ajuda de terceiros, os agentes, que fornecem autocuidado (Idem).

O conceito de autocuidado encerra as noções de autonomia e independência, que muitas vezes é utilizado de forma indiferenciada, para o desempenho em pleno do papel de agente de autocuidado terapêutico é importante distinguir os dois conceitos Vieira (2004) concebe autonomia na esfera da capacidade de decisão, definindo-a como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão, mas também como capacidade de comando e como faculdade de se governar a si próprio. A independência reporta-se à capacidade funcional da pessoa na realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

Na perspetiva de Lezuan e Salanova (2001, cit. por Figueiredo, 2007), o conceito de dependência reúne três noções fundamentais: a multidimensionalidade, que abarca os diferentes domínios da Pessoa; a multicausalidade, pois são múltiplos os fatores associados à dependência e a multifuncionalidade, em que a nível funcional, não tem que assumir apenas uma função, nem o carácter de irreversibilidade com que muitas vezes é encarada.

Ainda relativamente ao autocuidado, a capacidade de adquirir, ter ou recuperar o autocuidado, de forma autónoma ou com ajuda de outros, acontece de forma faseada, como afirma Söderhamn (cit. por Queirós, 2010), considerando o autocuidado estimativo, o autocuidado transitivo e por fim o autocuidado produtivo.

O autocuidado estimativo reflete a capacidade que as pessoas têm que adquirir para a identificação do que precisam para recuperar autonomia. Trata-se de fazer uma estimativa. Por outro lado, o autocuidado transitivo traduz a capacidade da pessoa para identificar as várias opções para a aquisição ou recuperação e escolher uma delas. Finalmente, o autocuidado produtivo, quando existe a capacidade real de autocuidado, onde é demonstrada a capacidade da pessoa se cuidar (Cardoso et al., 2012).

O autocuidado é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais (Theuerkauf, 2000).

Para Hesbeen (2001) a reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis. A reabilitação intervém para maximizar a funcionalidade, a independência física, emocional e social, dirigindo a sua ação para a prevenção e tratamento, contextualizando o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva mais social e menos biológica.

O cuidar não é entendido pela enfermagem de reabilitação como um ato individual, é antes um ato de reciprocidade, em que o projeto de saúde é construído em parceria, para desta forma contribuir decisivamente para a autodeterminação da Pessoa na construção do seu projeto de saúde de forma livre e responsável.

PARTE II - EMPÍRICA

Capítulo 2 - Métodos

2.1 - Tipo de estudo

A opção por uma investigação quantitativa, descritivo correlacional, com medições repetidas; surge-nos como a mais adequada para a compreensão da problemática em estudo. Segundo Fortin (2003) este tipo de investigação tem como objetivo a descoberta de fatores ligados a um fenómeno, bem como explorar e determinar a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações.

Para melhor compreensão do fenómeno em análise, optamos por descrever quatro casos de doentes, esta metodologia permite-nos ter uma visão mais esclarecedora da população em estudo. De acordo com Carmo e Ferreira (1998) esta abordagem investiga o fenómeno atual no seu contexto, os limites entre determinados fenómenos e o seu contexto não são claramente evidentes.

2.2 - Objetivo Questão de Investigação e Hipóteses

O objetivo é:

- Analisar o resultado das intervenções de reabilitação no serviço de medicina.

No sentido tornar claro o caminho da investigação e compreender a problemática em estudo, formulou-se a questão de partida: De que forma a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribui para uma evolução positiva nas capacidades de autocuidado das pessoas internadas no serviço de MDI?

As hipóteses propostas para o estudo em causa são:

H1 – Existe evolução positiva nos diagnósticos efetuados pelos enfermeiros de reabilitação.

H2 –Existe uma diferença na capacidade de autocuidado no deambular dos doentes entre a pré-admissão, admissão e a alta.

H3 – Existe uma diferença na capacidade de autocuidado no transferir-se para a sanita dos doentes entre a pré-admissão, admissão e a alta.

H4 – Existe uma diferença na dispneia dos doentes entre a pré-admissão, admissão e a alta.

H5 - Existe uma diferença na capacidade de autocuidado no tomar banho dos doentes entre a pré-admissão e a alta.

2.3 - Instrumento de Colheita de Dados

Entre os vários procedimentos metodológicos de inspiração quantitativa escolhemos como instrumento de recolha de dados o InterRAI – Cuidados Agudos (Anexo I) e uma análise dos registos de enfermagem de reabilitação no serviço.

O InterRAI ® – Cuidados agudos é um instrumento de avaliação proposto pela InterRAI, a versão utilizada foi validada por Amaral (2012), monitoriza nos doentes as variáveis ‘capacidade para tomar decisões no dia-a-dia’, ‘comunicação e visão’, ‘comportamento e ânimo’, ‘estado funcional’, ‘continência urinária e fecal, condições de saúde’, ‘estado nutricional e oral’ e ‘estado da pele’. Estas variáveis foram monitorizadas em 3 ou 4 momentos, de acordo com o tempo de internamento. Pretendeu-se registar o estado do doente antes do episódio que o levou ao internamento, na admissão e na alta. Nos casos em que o doente permanece no serviço ao 14º dia, foi efetuada nova avaliação. Esta metodologia assume que a evolução do estado de saúde da pessoa não é apenas influenciada pelos cuidados que lhe são prestados, mas também pelo seu estado de saúde prévio (Hirdes, et al. (2008).

2.4 - Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados

O InterRAI – Cuidados Agudos foi aplicado em dois momentos distintos. No momento em que o utente foi admitido no serviço MDI foram recolhidos os dados referentes à pré-admissão e à admissão, no momento da alta foram preenchidos os dados referentes a este momento; o preenchimento do instrumento foi efetuado pelo enfermeiro responsável pelos doentes em cada um dos momentos. A opção por esta metodologia levou a que alguns instrumentos não fossem devidamente preenchidos, traduzindo-se na falta de informação, pelo que foram rejeitados. Obtivemos 46 instrumentos totalmente preenchidos.

A recolha de dados decorreu entre Abril e Julho de 2012. A informação foi recolhida diretamente junto do doente, sempre que se encontrava consciente, orientado e consentia a participação na investigação, ou através do familiar que se encontrava a acompanhar a situação clínica do doente. A análise dos registos de enfermagem de reabilitação foi efetuada através do suporte em papel (Anexo II) onde os enfermeiros de reabilitação do serviço registaram as suas intervenções. Este suporte tem um conjunto de diagnósticos e intervenções que foram consensualizadas pelo grupo de enfermeiros de reabilitação (6 enfermeiros) do serviço de Medicina Interna, e dele constam diagnósticos e intervenções, assinalando os enfermeiros qual o status diagnóstico e as intervenções efetuadas.

2.5 - População e Amostra

A população alvo corresponde a todos os utentes do serviço de Medicina Interna do CHUC que necessitam da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Pelo facto de apenas existir enfermeiro de reabilitação diariamente nas enfermarias “B” e “D”, a nossa opção recaiu sobre os doentes internados nestes serviços.

Assim, a população escolhida foi o conjunto de doentes que, no período de Abril a Julho de 2012, estiveram internados no Serviço de Medicina Interna enfermarias B e D, independentemente do tempo de permanência no serviço. Definimos como

fatores de exclusão: ter idade inferior a 18 anos; ser incapaz de responder às questões formuladas e não ter familiar que o substitua.

Foi selecionada uma amostra não probabilística por conveniência ou acidental, o que corresponde a 46 indivíduos internados no serviço de MDI do CHUC que necessitaram da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Para selecionar os indivíduos para o estudo de caso atribuiu-se um número, a cada um dos participantes do estudo, foram todos introduzidos numa caixa e retirados quatro.

2.6 - Variáveis

Variáveis Independentes: Variáveis de caracterização da amostra.

- Sexo, idade, estado civil, proveniência (domicílio; instituição tipo lar).

Variáveis dependentes:

- Resultados obtidos nos doentes (evolução do diagnóstico; autocuidado deambular, autocuidado transferir-se para a sanita; dispneia e tomar banho).

2.7 - Tratamento dos Dados

Após a recolha de dados, os mesmos foram sujeitos a um tratamento estatístico, através do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 17.0, para *Windows*, do qual se obtiveram resultados quantitativos, que foram alvo de uma análise separada.

Uma vez verificada a distribuição não normal da amostra, foram utilizadas medidas não paramétricas para a análise das hipóteses. Assim, sempre que as medidas se referiam a três momentos de avaliação foi utilizado o teste de Friedman, quando a avaliação era feita em dois momentos utilizámos o Wilcoxon.

2.8 - Procedimentos Éticos

O presente estudo está integrado no projeto de investigação “*Resultados dos Cuidados de Enfermagem – Qualidade e Efectividade*” designado por PTDC/CS-SOC/113519/2009, que, entre outros, decorrerá no serviço de Medicina Interna, pelo que só se deu início à investigação após a aprovação pelo Conselho de Administração do CHUC, bem como pela Comissão de Ética da instituição.

Foram salvaguardados o direito à confidencialidade, à autodeterminação; ao anonimato e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Capítulo 3 - Resultados

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos, com a aplicação do instrumento de colheita de dados, optando-se por iniciar esta descrição pelos dados que caracterizam a amostra em estudo de modo a facilitar a compreensão dos restantes resultados.

3.1 - Caracterização das Amostras

A amostra é constituída por 46 indivíduos (Tabela 1), a maioria do sexo feminino com percentagens de 89.1%, o que corresponde a 41 elementos, num caso não há registo sobre o género. A média de idades é de 78,76 anos, com um desvio padrão de 14,18 anos e uma moda de 87 anos, a idade máxima 98 anos e a mínima 23 anos. A classe de idades com mais frequência é a dos 65 aos 85 anos, com 22 indivíduos.

Tabela 1: – Género e Idade

Variável	Valor	N	%
Género	Feminino	41	89,1
	Masculino	4	8,7
	Não sabe ou não responde	1	2,2
Idade	23-43	2	4,3
	44-64	2	4,3
	65-85	22	47,9
	86-106	20	43,5

Média: 78,76; Desvio Padrão: 14,18 Mínima: 23; Máxima: 98

Quanto ao estado civil (Tabela 2), verificou-se que a maioria dos elementos eram viúvos (19), o que corresponde a 41,3% do total; 39,1% são casados, o que corresponde a 18 elementos da amostra; 2 questionários não tinham o campo referente ao estado civil preenchido.

Tabela 2: – Estado civil

Estado civil	N	%
Solteiro	5	10,9
Casado	18	39,1
Viúvo	19	41,3
Divorciado	2	4,3
Não sabe ou não responde	2	4,3
Total	46	100

A Tabela 3 revela-nos a proveniência dos doentes, 80% provem do domicílio e 17% são provenientes de lar.

Tabela 3: Proveniência

Proveniência	N	%
Moradia/apartamento próprio	37	80,4
Lar	8	17,4
Hospital de agudos	1	2,2
Total	46	100

Relativamente às formas de coabitação a Tabela 4 mostra que 34,8% dos indivíduos (16) coabitam com filhos, sem parceiro ou cônjuge e 19,6% com parceiro ou cônjuge e outros (9), 2 questionários não tinham o campo referente à coabitação preenchido.

Tabela 4: Formas de coabitação

Coabitação	N	%
Sozinho	5	10,9
Apenas com cônjuge/parceiro	5	10,9
Com cônjuge/parceiro e outro	9	19,6
Com filhos (sem cônjuge/parceiro)	16	34,8
Com pais ou tutores	1	2,2
Com irmãos	1	2,2
Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)	1	2,2
Com não-familiares	7	15,2
Não sabe ou não responde	1	2,2
Total	46	100

O episódio desencadeador da admissão no serviço ocorreu nos últimos 7 dias em 54,3% dos indivíduos e em 28,3% ocorreu entre 8 a 14 dias (Tabela 5).

Tabela 5: Episódio desencadeador da admissão

Frequência	N	%
Nos últimos 7 dias	25	54,3
Há 8-14 dias	13	28,3
Há 15-30 dias	5	10,9
Há 31-60 dias	3	6,5
Total	46	100

Quando analisamos o período que medeia a última hospitalização e o internamento atual (Tabela 6), observamos que 78% dos utentes não tiveram qualquer hospitalização nos últimos 90 dias, 1 questionário não tinha dados referentes a este item.

Tabela 6: Período desde a última hospitalização

Ultima hospitalização	N	%
Não houve hospitalização nos últimos 90 dias	36	78,3
Há 31-90 dias	6	13
Há 15-30 dias	2	4,3
Há 8-14 dias	2	2,2
Não sabe ou não responde	1	2,2
Total	46	100

Do total da amostra, 35 doentes após a alta foram para o domicílio; 9 para Lar; 1 para Unidade de Cuidados Continuados e 1 para um Centro de reabilitação (Tabela 7).

Tabela 7: Destino após a alta

Destino	N	%
Moradia/apartamento próprio	35	76,1
Lar	9	19,7
Cuidados Continuados	1	2,1
Centro de Reabilitação	1	2,1
Total	46	100

3.2 – Locomoção

A tabela 8 reflete os dados respeitantes às capacidades de locomoção dos doentes, o InterRAI® – Cuidados agudos classifica os doentes em quatro níveis, “*Caminha sem aparelho de suporte*” corresponde a elevado nível de autonomia na locomoção e “*Acamado*” o nível mais baixo, verificamos que 41,3% dos doentes caminham com equipamento de suporte para a marcha e 10,9% são acamados na pré-admissão. Na admissão 17,4% da amostra caminha com equipamento de suporte e 50% é acamada; para os mesmos itens no momento da alta os valores são de 45,7% e 8,7%.

Tabela 8: Locomoção/Caminhar: principal modo de caminhar

Modo de caminhar	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Caminha sem aparelho de suporte	18	39,1	10	21,7	14	30,4
Caminha, usa aparelho de suporte	19	41,3	8	17,4	21	45,7
Cadeira de rodas, scooter elétrica	4	8,7	3	6,5	6	13
Acamado	5	10,9	23	50	4	8,7
Não se aplica (coma)	0	0	2	4,3	1	2,2
Total	46	100	46	100	46	100

Com a aplicação de testes Friedman à hipótese sobre existência de diferença na capacidade de locomoção dos doentes entre a pré-admissão, admissão e a alta, verificamos haver diferença significativa entre os 3 momentos com média mais elevada no momento 2, com $p < 0.000$.

3.3- Transferência para a Sanita

A tabela 9 fornecesse-nos dados sobre a capacidade de o doente se transferir para a sanita, classifica o auto desempenho em sete níveis, sendo o nível mais elevados de autonomia “*Independente*” e o mais baixo corresponde a “*Dependência total*”, verificamos que na pré-admissão 34,8% da amostra correspondia a indivíduos independentes e 8,7% a indivíduos que se encontravam numa situação de dependência total; na admissão 15,2% são independentes, 47,8% com dependência total, no momento da alta 28,3% são independentes e 17,4% têm dependência total.

Tabela 9: Transferência para a sanita

Transferência	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Independente	16	34,8	7	15,2	13	28,3
Ajuda na preparação	1	2,2	1	2,2	1	2,2
Supervisão	3	6,5	1	2,2	4	8,7
Assistência limitada	7	15,2	4	8,7	10	21,7
Assistência alargada	9	19,6	2	4,3	5	10,9
Assistência máxima	2	4,3	2	4,3	2	4,3
Dependência total	4	8,7	22	47,8	8	17,4
Não houve atividade	8	8,7	5	10,9	2	4,3
Não se aplica			2	4,3	1	2,2
Total	46	100	44	100	44	100

No respeitante à capacidade de transferência para a sanita, através da aplicação do testes Friedman, verificamos que há diferença significativa entre os 3 momentos com média mais elevada no momento 2, com $p < 0.000$, há uma perda global na capacidade de transferência para a sanita entre pré-admissão (1,64) e a alta (1,77), no entanto constatamos a existência de ganhos importantes entre a admissão (2,59) e a alta (1,77), constatamos ganhos de 8,7% entre a pré-admissão e alta no item assistência alargada, no entanto esta mesma percentagem é perdida para o item dependência total. Existe diferença na capacidade de autocuidado transferir-se para a sanita dos doentes entre a pré-admissão, admissão e a alta, a diferença é significativa entre os 3 momentos com média mais elevada no momento 2.

3.4 - Tomar banho

A tabela 10 fornecesse-nos dados sobre a capacidade de o doente tomar banho, o instrumento classifica o auto desempenho em sete níveis, sendo o nível mais elevados de autonomia “*Independente*” e o mais baixo corresponde a “*Dependência total*”, a avaliação é efetuada na pré-admissão e alta, houve um caso em que não há registo sobre o momento da alta. Constatamos que 26,1% da amostra é independente na pré-admissão e 19,6% têm dependência total; no momento da alta 23,9% são independentes e 21,7% são totalmente dependentes.

Tabela 10: Tomar banho

Tipo ajuda	Pré Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Independente	12	26,1	11	23,9
Ajuda na preparação	3	6,5	5	11,1
Supervisão	2	4,3	1	2,2
Assistência limitada	7	15,2	8	17,4
Assistência alargada	9	19,6	7	15,2
Assistência máxima	4	8,7	3	6,5
Dependência total	9	19,6	10	21,7
Não houve atividade	0	0	1	2,2
Total	46	100	46	100

Com a aplicação de testes estatísticos (Wilcoxon) à hipótese sobre a existência de diferença na capacidade de autocuidado tomar banho dos doentes entre a pré-admissão e a alta, verificamos não haver diferenças significativas entre a admissão e o momento da alta com $p > 0.05$, e evento de saúde e o internamento não contribuíram para ganhos ou perdas de autonomia.

3.5 – Dispneia

A tabela 11 fornece os dados respeitantes à “*Dispneia*”, a avaliação é feita em três momentos, é classificada em quatro níveis, o melhor resultado corresponde à “*Ausência de sintomas*” e o pior resultado indica presença de dispneia em repouso. Na pré-admissão observamos que 60,9% dos indivíduos não têm sintomas e 6,5% têm sintomas em repouso; na admissão 21,7% não tem sintomas e 34,8% têm sintomas em repouso, no momento da alta 65,2% dos doentes não tem sintomas de falta de ar e não há indivíduos com sintomas em

repouso. Através da aplicação do testes Friedman, verificamos existir diferença na dispneia dos doentes entre a pré-admissão, admissão e a alta, a diferença é significativa entre os 3 momentos com média mais elevada no momento 2, com $p < 0.000$.

Tabela 11: Dispneia (Falta de Ar)

Sintomas	Pré admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de sintomas	28	60,9	10	21,7	30	65,2
Ausência de sintomas em repouso mas presentes em atividades moderadas	10	21,7	5	10,9	13	28,3
Ausência de sintomas em repouso mas presentes em atividades diárias normais	5	10,9	15	32,6	3	6,5
Presente em repouso	3	6,5	16	34,8	0	0
Total	46	100	46	100	46	100

3.6 – Diagnósticos de Enfermagem

Com base no registo efetuado pelos enfermeiros de reabilitação, analisamos os diagnósticos efetuados por estes profissionais (Tabela 12), aos indivíduos a quem foi aplicado o InterRAI® – Cuidados agudos, no momento da admissão constatamos que os diagnósticos expetorar ineficaz e autocuidado transferir-se são os mais efetuados (29), sendo o autocuidado transferir-se o que surge mais vezes em grau elevado (21), o diagnóstico menos efetuado é o autocuidado higiene (4).

Tabela 12: Diagnóstico de enfermagem na admissão

Diagnóstico	Elevado	Moderado
Expetorar Ineficaz	15	15
Autocuidado Deambular	13	6
Autocuidado Transferir-se	21	8
Autocuidado Rodar Corpo	11	4
Autocuidado Uso sanitário	4	3
Autocuidado Higiene	2	2
Autocuidado Alimentar-se	3	3

No momento da alta (Tabela 13), o diagnóstico mais frequente é o expetorar ineficaz (30), surgido o grau reduzido com 14 diagnósticos, o diagnóstico menos efetuados é o autocuidado higiene, apenas com grau moderado (4).

Tabela 13: Diagnóstico de enfermagem na alta

Diagnóstico	Elevado	Moderado	Reduzido
Expetora Ineficaz	1	15	14
Autocuidado Deambular	1	13	5
Autocuidado Transferir-se	1	15	8
Autocuidado Rodar Corpo	5	7	3
Autocuidado Uso sanitário	0	2	3
Autocuidado Higiene	0	4	0
Autocuidado Alimentar-se	0	1	5

Relativamente aos diagnósticos efetuados com os cuidadores (Tabela 14) verificamos que 10 cuidadores foram envolvidos no processo de cuidar, o autocuidado transferir-se (9) e rodar o corpo (8) são os diagnósticos mais efetuados aos cuidadores no momento da admissão, na alta 2 cuidadores não demonstraram conhecimento sobre o autocuidado transferir-se.

Tabela 14: Diagnóstico de enfermagem aos cuidadores

Diagnóstico	Conhecimento não demonstrado		Cuidadores
	Admissão	Alta	
Expetorar Ineficaz	2	0	
Autocuidado Transferir-se	9	2	
Autocuidado Rodar Corpo	8	0	
Autocuidado Higiene	2	0	
Total Cuidadores			10

3.7 - Estudo de Caso

Para melhor compreender qual o contributo dos enfermeiros de reabilitação no tratamento e ganhos na evolução da doença, bem como o retorno a casa, das pessoas internadas no serviço de MDI, entendemos como útil analisar casos concretos, para tal escolhemos aleatoriamente quatro casos.

A metodologia de estudo de caso permite-nos uma melhor compreensão mais alargada do fenómeno em estudo, para a seleção dos casos optamos por escolher aleatoriamente quatro dos 46 instrumentos preenchido para a presente investigação, numeramo-los de 1 a 46, introduzimos o mesmo número de bolas, com a respetiva numeração, no interior de um saco de pano, solicitamos a um

elemento da equipa de enfermagem, do serviço MID, para retirar 4 bolas que correspondem aos casos estudados.

Os casos são apresentados como I; II; III e IV, para garantir a confidencialidade optamos por designar os participantes por siglas e não fazer referência à data precisa do seu internamento. Serão apresentados tendo em conta o motivo de internamento; antecedentes pessoais; terapêutica medicamentosa instituída; observação na entrada do serviço; diagnósticos de enfermagem efetuados; intervenções de enfermagem durante o internamento, com particular atenção nas planeadas pelos enfermeiros de reabilitação; os resultados e o estado do doente no momento da alta. Finalmente faremos a análise conjunta, e discussão dos casos apresentados.

Caso I

A Sra. LCG, uma mulher de 77 anos, deu entrada no serviço MDI vinda da urgência por insuficiência respiratória que veio a confirmar-se, o diagnóstico médico de admissão no serviço foi pneumonia.

Antecedentes

A doente estava institucionalizada em Unidade de Cuidados Continuados, tinha como antecedentes, amputação do membro inferior esquerdo à 3 anos; sequelas de AVC à 2 anos; multienfartes cerebrais; epilepsia e diabetes mellitus tipo II.

Terapêutica medicamentosa

Durante o internamento foram prescritos e administrados fármacos mucolíticos, fluidificantes de secreções, aerossóis; anticoagulantes; antidiabéticos; digitálicos; corticoides; antibióticos, analgésicos e fluidoterapia.

Observação à entrada no serviço

Doente emagrecida, com afasia global (não responde nem obedece a ordens simples), postura em flexão dos membros superiores e extensão do membro inferior direito, com dor à mobilização articular, deglute sem disfagia. Apresenta úlcera de pressão grau (IV), na região sacroilíaca. Apresenta dispneia, respiração

ruidosa, à auscultação pulmonar apresenta fervores mais audíveis à direita (Figura: 1), ruídos respiratórios apenas audíveis no lóbulo superior do pulmão esquerdo, saturação periférica de O₂ 89%; temperatura axilar de 36,8°C; TA: 140/80 mmHg.

Diagnóstico de Enfermagem

Autocuidado: Higiene, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Vestuário, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Comer, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Ir ao Sanitário, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Rodar o próprio corpo, Dependência, em grau muito elevado; Úlcera de Pressão, Sim, (Grau IV); Expetorar Ineficaz em grau elevado; Rigidez articular.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação centrou-se particularmente nos diagnósticos expetorar e rigidez articular.

Intervenções de enfermagem

No respeitante às intervenções de enfermagem, centrar-nos-emos apenas nas prescritas pelo enfermeiro de reabilitação.

Figura: 1- Pneumonia esquerda



Para o diagnóstico: Rigidez articular foi prescrito e executado pelos enfermeiros de reabilitação, gestão de analgesia, administrado analgésico 15 minutos antes do início da mobilização, exercício de amplitude de movimento passivo polissegmentar, estes exercícios são executados até amplitude de movimento e

limiar de dor que o doente tolerar, foram executados 3 vezes por dia, em sessões de 10 minutos cada.

Foi prescrito posicionamento antiespástico que foi efetuado nos diferentes turnos pelos enfermeiros do serviço MDI.

Para o diagnóstico: expetorar ineficaz foram prescritos e executados, a gestão de aerossóis, estes eram administrados nos momentos que antecediam a cinesiterapia respiratória ou aspiração de secreções; exercícios de abertura costal global, para melhorar a expansão torácica e facilitar o processo de respiração, exercícios de abertura costal unilateral, com especial incidência no hemitórax esquerdo para permitir maior amplitude deste pulmão; drenagens modificadas através do posicionamento para facilitar a drenagem de secreções, criamos restrição à expansão pulmonar direita, forçando a entrada de ar no pulmão esquerdo o que leva à mobilização de secreções e facilita a sua libertação, este procedimento é executado por todos os membros da equipa de enfermagem ao longo das 24 horas. Foram ainda executados exercícios de correção postural, de forma a evita a inclinação lateral esquerda do tórax que criava restrições à expansão pulmonar.

Para além dos exercícios anteriormente referidos a doente fazia levantar para cadeira de rodas diariamente, o que entre outros, contribui para melhorar a respiração e facilitar a eliminação de secreções.

Resultados

No momento da alta que ocorreu 6 dias após a admissão no serviço MDI, a Sra. LCG mantinha os mesmos diagnósticos da admissão à exceção do diagnóstico de expetorar ineficaz que passou para o nível reduzido, no entanto mantendo a postura em flexão dos membros superiores e extensão dos membros inferiores, não tinha dor à mobilização articular embora mantivesse alguma restrição na amplitude de movimentos.

Figura: 2- Pneumonia após cinesiterapia



Momento da alta

A Sra. LCG regressou para a Unidade de Cuidados Continuados; apresentava-se eupneica, murmúrio vesicular audível em ambos os campos pulmonares (Figura 2), saturação periférica de O₂ 98%; temperatura axilar de 36,8°C; TA: 138/78 mmHg; com indicação para continuar cinesiterapia respiratória.

Caso II

A Sra. DEM, uma mulher de 90 anos, deu entrada no serviço MDI vinda da urgência por queixas álgicas generalizada, queda do leito há 5 dias, dispneia em repouso e refere palpitações, observada pela cardiologia na urgência que descartou a necessidade de cuidados adicionais de cardiologia. O diagnóstico médico de admissão foi síndrome depressivo; imobilidade prolongada e pneumonia.

Antecedentes

A doente vive em moradia, conjuntamente com uma filha e neta, tem como antecedentes prótese total da anca direita; osteoporose; patologia osteoarticular degenerativa; hipertensão arterial; história de anemia e dislipidémia.

Terapêutica medicamentosa

Durante o internamento foram prescritos e administrados fármacos analgésicos; antibióticos; antidepressivos; estabilizadores do humor; diuréticos e fluidoterapia.

.Observação à entrada no serviço

Doente consciente orientada e colaborante, com queixas generalizadas à mobilização dos membros superiores, mobiliza ativamente os membros superiores, pele integra. Apresenta murmúrio vesicular bilateral e simétrico; saturação periférica de O₂ 95%; temperatura axilar de 37,9°C; TA: 116/50 mmHg.

A cuidadora informal foi identificada no momento da admissão, demonstrou-se disponível e foi envolvida no processo de cuidados. Tomamos conhecimento que a doente não sai do leito há 1 ano ou mais (não conseguiam precisar o tempo), o motivo prendia-se com as dificuldades de locomoção da Sra. DEM.

Diagnóstico de Enfermagem

Autocuidado: Higiene, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Vestuário, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Comer, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Transferir-se, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Rodar o próprio corpo, Dependência, em grau elevado; Risco de Queda; Risco de Maceração; Risco de rigidez articular; Conhecimento não demonstrado do cuidador sobre levantar e transferência.

Intervenções de enfermagem

Relativamente às intervenções de enfermagem, centrar-nos-emos nas prescritas pelo enfermeiro de reabilitação.

O diagnóstico risco de rigidez articular resulta da falta de movimento dos membros inferiores por dor, foi instituído um programa de exercícios de amplitude de movimentos 2 vezes por dia, numa primeira fase exercícios passivos (ADMP), posteriormente exercícios ativos (ADMA).

Para o autocuidado: transferir-se, dependência, em grau elevado, iniciaram-se atividades com o doente na cama, exercícios de ponte, feito ensino de utilização do trapézio existente na cama, levantar progressivo da cabeceira e inclinação do

leito, posteriormente sentada no leito com os pés pendentes, até este momento o processo durou 6 dias, a partir do momento em que iniciou o levantar com pés pendentes foram utilizadas ligaduras de contenção máxima para prevenir complicações tromboembólicas.

No referente ao cuidador informal, desde o início do internamento do internamento da sua familiar, mostrou disponibilidade e participou na prestação de cuidados, foram feitos ensinamentos sobre levantar e transferência, treinadas as técnicas e estratégias para o efeito.

Resultados

No sétimo dia de internamento a Sra. DEM estava sentada em cadeira de rodas, até ao final do internamento, décimo quinto dia necessitou de ajuda na transferência para cadeira, iniciou verticalização com carga nos membros inferiores.

Momento da alta

A cuidadora fazia a transferência autonomamente sem necessitar da intervenção do enfermeiro de reabilitação.

O serviço domiciliário do hospital foi contactado, observou a doente, deu continuidade ao trabalho de reabilitação em contexto domiciliário.

Caso III

A Sra. LAPVC, uma mulher de 88 anos, deu entrada no serviço MDI vinda da urgência por insuficiência respiratória que veio a confirmar-se, o diagnóstico médico de admissão atelectasia direita e anasarca.

Antecedentes

A doente estava institucionalizada em Unidade de Cuidados Continuados, tinha como antecedentes mastectomia por neoplasia da mama esquerda fibrilhação auricular paroxística e insuficiência cardíaca.

Terapêutica medicamentosa

Durante o internamento foram prescritos e administrados fármacos diuréticos; aerossóis, mucolíticos, antibióticos e fluidoterapia.

Observação à entrada no serviço

Doente prostrada, dependente nas atividades de vida diária, edemas generalizados, apresenta úlcera de pressão grau III, na região sacroilíaca, exsudação de líquido intersticial a nível dos membros inferiores. Apresenta dispneia, murmúrio vesicular diminuído no campo pulmonar direito, saturação periférica de O₂ 86%; temperatura axilar de 36,5°C; TA: 100/60 mmHg.

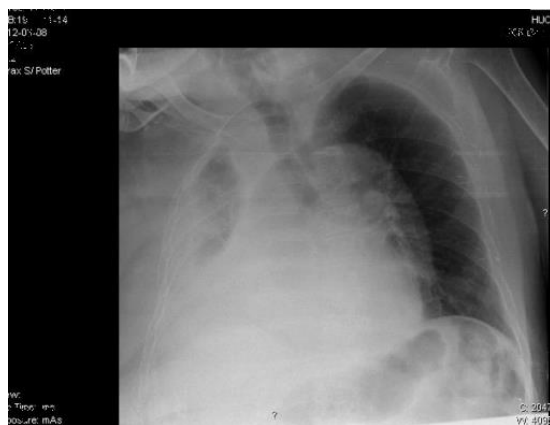
Diagnóstico de Enfermagem

Autocuidado: Higiene, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Vestuário, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Comer, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Ir ao Sanitário, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Rodar o próprio corpo, Dependência, em grau elevado; Úlcera de Pressão Grau III; Expetorar, Ineficaz, em grau elevado.

Intervenções de enfermagem

A Sra. LAPVC foi proposta para broncofibroscopia, em virtude de apresentar o pulmão esquerdo completamente colapsado (Figura: 3) e ter efetuado tratamento medicamentoso durante 10 dias, previamente à broncofibroscopia foram programadas um conjunto de intervenções pelos enfermeiros de reabilitação e executadas por estes e a restante equipa de enfermagem.

Figura:3- Atelectasia



Para o diagnóstico: expetorar ineficaz foram prescritos e executados, a gestão de aerossóis, estes eram administrados nos momentos que antecediam a cinesiterapia respiratória ou aspiração de secreções. Exercícios de abertura costal global, para melhorar a expansão torácica e facilitar o processo de respiração, exercícios de abertura costal unilateral, com especial incidência no hemitórax direito para permitir maior amplitude deste pulmão. Drenagens modificadas através do posicionamento para facilitar a drenagem de secreções, criamos restrição à expansão pulmonar esquerda, forçando a entrada de ar no pulmão direito o que leva à mobilização de secreções e facilita a sua libertação. As vibrações torácicas e percussões permitem a mobilização das secreções brônquicas.

A correção postural foi uma técnica utilizada, de forma a evitar a inclinação lateral direita do tórax que criava restrições à expansão pulmonar.

A drenagem postural, gestão de aerossóis, aspiração de secreções e correção postural foram atividades transversais a toda equipa de enfermagem, sob prescrição dos enfermeiros de reabilitação.

Resultados

Os resultados 24horas após o início do programa de cinesiterapia respiratória evidenciam menor dificuldade respiratória (Figura: 4), o murmúrio vesicular é audível no campo pulmonar esquerdo, a doente não necessitou de fazer a broncofibroscopia inicialmente prevista.

Figura:4 Atelectasia após cinesioterapia



Momento da alta

A Sra. LAPVC regressou para a Unidade de Cuidados Continuados, após 30 dias de internamento, a atelectasia reverteu, apresentava melhoria significativa dos edemas, a úlcera de pressão grau III foi tratada, não tinha soluções de continuidade.

Caso IV

O Sr. JMG, um homem de 46 anos, deu entrada no serviço MDI vindo da urgência por lateralização motora esquerda grau 3 em todos os segmentos articulares do membro superior e inferior, de acordo com a escala de Council, nesta escala 0 corresponde à ausência de movimento e 5 à força normal.

Antecedentes

Tem como antecedentes neurobehcet há 15 anos e hipertensão arterial. O doente era autónomo.

Terapêutica medicamentosa

Durante o internamento foram prescritos e administrados fármacos anticoagulantes, corticoides e imunossupressores.

.Observação à entrada no serviço

Doente consciente, colaborante, com lateralização motora esquerda grau 3, disartria. Alimentava-se por mão própria, tem controlo de esfíncteres.

Diagnóstico de Enfermagem

Autocuidado: vestuário, Dependência, em grau moderado; Posicionar-se, Dependência, em grau moderado; Transferir-se, Dependência, em grau moderado; Alimentar-se, Dependência, em grau moderado; Autocuidado: uso do sanitário, Dependência, em grau moderado; Movimento muscular, Comprometido e Deambular, Dependência, em grau moderado.

Intervenções de enfermagem

No decorrer do internamento foi executado, pelos enfermeiros de reabilitação, um programa de exercícios de amplitude de movimentos (ADM) passivos, ativos e resistidos: Art .Escápulo-umeral (flexão/extensão, Abdução/adução, rotação interna/externa), Cotovelo (extensão/flexão), Antebraço (pronação/supinação), Punho (extensão/flexão, desvio radial/cubital) e Dedos (abdução/adução, flexão/extensão, oponência do polegar) Coxo-femural (abdução/adução, flexão/extensão, rotação interna/externa), Joelho (flexão/extensão) e tíbio-társica (extensão/flexão, eversão/inversão e estiramento do tendão de Aquiles).

Os exercícios iniciais desenvolveram-se com o doente no leito, iniciou levantar para cadeira com ajuda total no segundo dia de internamento, inicialmente o doente não tinha equilíbrio em pé, necessitava de ser assistido na alimentação, vestir e despir, ir ao sanitário e nos cuidados de higiene, foram planeadas intervenções conjuntamente com toda a equipa de enfermagem, de forma a desenvolver as capacidades de autocuidado e encontrar as estratégias adaptativas necessárias.

Resultados

A alta ocorreu 20 dias após a admissão no serviço, todo o processo de reabilitação ocorreu na MDI, o doente é transferido para uma Unidade de Cuidados Continuados efetua as transferências do e para o leito com supervisão, deambula com andarilho, para se vestir necessita apenas ajuda para vestir o casaco, cuida da sua higiene autonomamente no chuveiro.

Momento da alta

À saída apresentava força grau 4 proximal e 3 distal no membro superior, e grau 4 proximal e 3 distal no membro inferior, vai com indicação para continuar reabilitação.

Capítulo 4 - Discussão e Conclusão

Neste capítulo pretendemos analisar e discutir os resultados, interpretando-os à luz da fundamentação teórica, visando dar resposta à questão de investigação e às hipóteses formuladas.

A aplicação do InterRAI® – Cuidados agudos, a 46 doentes, permite-nos constatar que a hospitalização promove alterações no estado de saúde destes indivíduos, no momento da admissão há alterações negativas significativas, relativamente ao momento que antecede o evento que levou à hospitalização, no momento da alta há alterações positivas relativamente à admissão, no entanto há perdas relativamente à pré-admissão.

Analizando atentamente a média de idade da nossa amostra 78,76 anos, o que significa estarmos na presença de indivíduos com elevada probabilidade de serem portadores de doença crónica e elevados níveis de incapacidade, para Clark e Murray (2001) mais de 60% dos adultos comprometidos funcionalmente através de doença crónica têm 65 anos ou mais. Segundo Radwanski e Hoeman (2000) três quartos das pessoas com mais de 75 anos têm pelo menos uma limitação na sua capacidade de desempenhar as atividades de vida diária.

Segundo Clark e Murray (2001) o processo de envelhecimento normal envolve um declínio insidioso e gradual das capacidades orgânicas, tem como características a diminuição da capacidade do sistema orgânico, diminuição do controlo homeostático, diminuição da capacidade de adaptação a diferentes ambientes e diminuição da capacidade de responder ao stress; este declínio resulta num aumento de vulnerabilidade a doenças e acidentes, pessoas de mais idade têm permanências mais frequentes e mais prolongadas nos hospitais. Estas características da nossa amostra ajudam-nos aperceber alguns resultados fornecidos pelo InterRAI® – Cuidados agudos.

Na análise comparativa dos resultados obtidos verificamos que no respeitante à locomoção, há diferença significativa entre os 3 momentos com média mais elevada no momento 2 (2,50), há uma perda global na capacidade de locomoção entre pré admissão (1,69) e a alta (1,81), no entanto constatamos a existência de

ganhos importantes entre a admissão e a alta; de realçar o item referente aos doentes acamados, onde se verifica um ganho global, 10,9% na pré admissão, 50% na admissão e 8,7% na alta.

Nos casos apresentados a preocupação com a mobilidade das pessoas é transversal, os exercícios de ADM são frequentemente utilizados pelos enfermeiros de reabilitação para melhorar a mobilidade ou prevenir os efeitos deletérios da imobilidade segundo Kisner e Colby (2005) este tipo de exercícios está indicado para os doentes que não são capazes de movimentar ativamente o segmento articular, vai diminuir a degeneração da cartilagem, aderências e formação de contratura, auxilia a circulação sanguínea, favorece o movimento sinovial para nutrição da cartilagem, diminui a dor e ajuda o doente a manter a percepção de movimento. Os exercícios ADMP estão indicados para os doentes que não são capazes de movimentar ativamente o segmento articular, vai diminuir a degeneração da cartilagem, aderências e formação de contratura, auxilia a circulação sanguínea, favorece o movimento sinovial para nutrição da cartilagem, os ADMA mantêm a elasticidade e contratilidade muscular, proporcionam a manutenção da integridade óssea e articular, previne a formação de trombos e desenvolvem a coordenação das habilidades motoras, Clark e Murray (2001) recomendam, o mínimo de 2 sessões diárias, com este tipo de exercícios.

Na locomoção e transferência para a sanita encontramos como traço comum o facto de haver perda global de capacidades entre a pré admissão e a alta, Boyd et al. (2008) investigou a recuperação nas atividades de vida diária em pessoas com 70 anos de idade ou mais, após hospitalização por doença aguda, constatou que 30% dos doentes perderam capacidades entre a pré hospitalização e a alta.

Hoogerduijn et al. (2006) demonstram que pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar desenvolvem novas dependências para AVD, realça a necessidade de utilizar preditores de incapacidade para AVD, estado funcional prévio, declínio cognitivo, tempo de permanência hospitalar, o risco de declínio é maior em doentes mais velhos, a média de idades da nossa amostra é de 78,76 anos de idade e a moda 87 anos.

Verificamos que autocuidado está presente nos três casos, este conceito é entendido não só nas competências instrumentais, encerra as noções de autonomia e independência, estas são complementares, Vieira (2004) concebe autonomia na esfera da capacidade de decisão, definindo-a como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão. Mas também como capacidade de comando e como faculdade de se governar a si próprio. A independência reporta-se à capacidade funcional da pessoa na realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

Nos casos estudados a preocupação em não manter os doentes durante longos períodos no leito é evidente, Halar e Bell (2001) entendem que a permanência por longos períodos no leito pode causar limitações funcionais importantes, ao nível articular, muscular, cardiovascular e geniturinário, entre outros. Constatamos que a equipa utiliza o posicionamento como uma medida terapêutica, no caso de doentes com imobilidade prolongada no leito e espasticidade, Clark e Murray, (2001) recomendam a utilização do posicionamento no leito como uma forma de estiramento.

Com a aplicação de testes estatísticos (Wilcoxon) à hipótese sobre a existência de diferença na capacidade de autocuidado tomar banho dos doentes entre a pré-admissão e a alta, verificamos não haver diferenças significativas entre a admissão e o momento da alta, e evento de saúde e o internamento não contribuíram para ganhos ou perdas de autonomia.

Analisando a existência de diferença na dispneia entre pré-admissão, admissão e a alta verificamos haver diferença significativa entre os 3 momentos com média mais elevada no momento 2 (2,61), no entanto verificamos haver ganhos globais, na pré-admissão valores de média de 1,79 e no momento da alta valores de média de 1,60.

Akinci & Olgun (2011) verificaram uma redução significativa da sensação de dispneia nos utentes sujeitos à intervenção de um programa de reabilitação levado a cabo por enfermeiros; McKeough, Bye, & Alison (2012) e Ryrie et al. (2011) observaram o mesmo resultado nos seus grupos de intervenção.

Nos casos estudados, a cinesiterapia respiratória traz a evidência a efetividade das intervenções dos enfermeiros de reabilitação, as estratégias utilizadas têm suporte na literatura da especialidade, para Larson et al. (2000) os doentes com envolvimento pulmonar unilateral têm níveis de oxigenação arterial mais elevados quando o seu posicionamento é alternado entre o semi-Fowler e o decúbito lateral para o lado não afetado, a posição ereta beneficia as bases dos pulmões.

Na análise comparativa sobre a existência de evolução positiva nos diagnósticos efetuados pelos enfermeiros de reabilitação verificamos que foram efetuados 30 diagnósticos de expetorar ineficaz, 11 indivíduos evoluíram de expetorar ineficaz em grau elevado para moderado; 3 de elevado para reduzido; 11 de moderado para reduzido, 1 manteve-se elevado e 4 mantiveram-se moderados. Foram efetuados 19 diagnósticos relacionados com o autocuidado deambular dependente, 9 evoluíram de dependente em grau elevado para moderado; 3 de elevado para reduzido; 4 de moderado para reduzido; 4 mantiveram-se moderados. Foram efetuados 29 diagnósticos relacionados com o autocuidado transferir-se dependente, 11 evoluíram de dependente em grau elevado para moderado, 6 de elevado para reduzido, 6 mantiveram-se elevados; 4 evoluíram de moderado para reduzido e 4 mantiveram o diagnóstico de moderado. No respeitante ao autocuidado rodar o próprio corpo foram efetuados 15 diagnósticos, 4 evoluíram de dependentes em grau elevado para moderado; 2 de elevado para reduzido; 5 mantiveram a dependência em grau elevado; 1 evoluiu de moderado para reduzido e 3 mantiveram a dependência em grau moderado.

O diagnóstico autocuidado ir ao sanitário dependente, foi efetuado em 7 indivíduos, 4 evoluíram de dependentes em grau elevado para reduzido; 1 de moderado para reduzido e 2 mantiveram o nível de dependência moderado. Foram efetuados 4 diagnósticos de autocuidado higiene dependente, 2 evoluíram de elevado para moderado e 2 mantiveram o nível de dependência moderado. O diagnóstico autocuidado alimentar-se dependente, foi efetuado em 6 indivíduos, 3 evoluíram do nível de dependência elevado para reduzido, 2 de dependentes em grau moderado para reduzido e um manteve o nível de dependência moderado.

No respeitante aos diagnósticos efetuados com os cuidadores, verificamos que 21,73% dos cuidadores da amostra foram envolvidos no processo de cuidados e

em 2 casos, 20% dos cuidadores, mantinham no momento da alta, conhecimento não demonstrado sobre o autocuidado transferir-se.

No estudo de caso, num dos casos há envolvimento do cuidador informal, o envolvimento dos cuidadores nos processos de cuidar vão garantir a continuidade dos cuidados, esta garantia é fundamental para o doente, família/comunidade, uma vez que se preconiza um investimento efetivo na capacitação da pessoa, num momento cada vez mais inicial do internamento hospitalar, pois atualmente as políticas de saúde estão direcionadas para a transferência de cuidados de saúde para a comunidade, privilegiando a inserção da pessoa doente no ambiente familiar o mais cedo possível, tornando-se um desafio acrescido (Cardoso et al., 2012).

Constatamos que a intervenção dos enfermeiros de reabilitação se centra no autocuidado e na respiração, há evolução positiva nas capacidades de autocuidado e expetorar dos doentes, no entanto registamos perdas de capacidade em relação às suas capacidades de autocuidado na pré-admissão, evidencia ganhos na redução da sensação de dispneia, relativamente à pré-admissão.

Na análise dos casos que apresentamos a ênfase esteve na enfermagem e particularmente na enfermagem de reabilitação, no entanto a nossa experiência remete-nos para uma busca de prática de cuidados em parceria entre cuidadores e as equipas de saúde, quando fomentada garante melhor apoio no período de internamento, mas também após, já no contexto domiciliário, proporcionando uma boa gestão de recursos e garantindo o sucesso no regresso a casa.

As limitações da nossa investigação prendem-se com o tamanho reduzido da nossa amostra, bem como as dimensões em análise, referentes à atividade do enfermeiro de reabilitação.

De futuro seria importante utilizar o mesmo instrumento de colheita de informação, durante um período de tempo mais alargando, abranger uma amostra maior, em vários serviços e analisar todas as dimensões que o instrumento permite.

Bibliografia

- Aiken L., (2008). "Economics of nursing. Policy" *Politics & Nursing Practice*. May; 9(2):73.
- Aiken, L. H., Sochalski, J., & Lake, E. T. (1997). "Studying outcomes of organizational change in health services". *Medical Care*, 35(Suppl.), NS6–NS18.
- Akinci A, Olgun N. (2011). "The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Turkey". *Rehabilitation Nursing*. July;36(4):159-165.
- Amaral, A.F.S. (2010). "A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem – modelos de análise". *Revista Investigação em Enfermagem*, pp.96-105.
- Amaral, A.F.S., (2012). "O Valor da Enfermagem". In Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (eds) *Enfermagem de Nihtingale aos Dias de Hoje 100 anos*. Coimbra. pp. 19-36.
- Amaral, A.F.S (2012) – "Resultados dos cuidados de Enfermagem: qualidade e Efetividade". *XIII Pan American Nursing Research Colloquium*. University of Miami- Comunicação oral.
- António, N.; Teixeira, A. (2007) *Gestão da Qualidade: de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Baker, D. W., Asch, S. M., Keeseey, J. W., Brown, J. A., Chan, K. S., Joyce, O., et al. (2005). "Differences in education, knowledge, self- management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: The improving chronic illness care evaluation". *Journal of Cardiac Failure*, 11, 405–413.
- Barnason, S., & Zimmerman, L. (1995). "A comparison of patient teaching outcomes among postoperative coronary artery bypass graft (CABG) patients". *Progress in Cardiovascular Nursing*, 10(4), 11–20.

Bentes, M.; Berardo A. (2003). "8º Encontro Nacional de Economia da Saúde". Lisboa, 23 e 24 de Outubro. Acessível em: [http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Financiamento de Cuidados de Sa%C3%BAde Diferenciados](http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Financiamento_de_Cuidados_de_Sa%C3%BAde_Diferenciados) [Consultado em 15 de Dezembro 2012].

Blegen, M. A., Goode, C. J., & Reed, L. (1998). "Nurse staffing and patient outcomes". *Nursing* 47 (1) :43-50.

Bostrom J, Mitchell M. (1991). "Relationship of direct nursing care hours to DRG and severity of illness". *Nursing Economic*. March;9(2):105-111.

Carapeto, C.; Fonseca F. (2006) *Administração Pública : Modernização, Qualidade e Inovação*. 2ª ed. Lisboa, Sílabo.

Cardoso, A.; Felizardo, H.; Januário, J., (2012). "O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa". In Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (eds) *Enfermagem de Nihtingale aos Dias de Hoje 100 anos*. Coimbra. pp. 75-88.

Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação. Guia para auto-cuidado*. Lisboa: Universidade Aberta.

Clark, G.; Murray, P. (2001) "Contraturas e Outros Efeitos Deletérios da Imobilidade", in Manole (eds.) *Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas*. pp.1475 a 498.

Collière, M. (199). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª ed. Lisboa: Lidel.

Conselho Internacional de Enfermagem (2011). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão beta 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Corhay J, Nguyen D, Louis R, et al. (2012). "Should we exclude elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease from a long-time ambulatory pulmonary rehabilitation programme?". *Journal Of Rehabilitation Medicine: Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine*. May;44(5):466-472.

- Dall T, Chen Y, R Seifert, Maddox P, Hogan P.(2009). "O valor econômico do profissional de enfermagem". *Assistência Médica*, 47 (1) :97.
- Denyes M, Orem D, SozWiss G. (2001). "Self-care: a foundational science". *Nursing Science Quarterly*.14 (1):48-54.
- Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2000). "The pro- self program: A self- care intervention program for patients receiving cancer treatment". *Seminars in Oncology Nursing*, 16, 300–308.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Fawcett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). "Advancing the science of symptom management". *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668–676.
- Donabedian A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. Dezembro. 83 (4) :691-729. Disponível em: Academic Search Complete, Ipswich, MA.
- Doran, D. M., Harrison, J. M., Spence- Laschinger, H., Hirdes, J., Rukhom, E., Sidani, S., et al. (2006). "The relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings". *Research in Nursing and Health*. 29, 61–70.
- Doran, D.M. et al., (2011). *Nursing Outcomes: State of the Science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.
- Dunagan, C.; Littenberg B.; Ewald G.; Jones C.; Beckham V.; Brian W.; Silverman D.; Rogers J.; (2005). "Randomized Trial of a Nurse-Administered, Telephone-Based Disease Management Program for Patients With Heart". *Failure Journal Of Cardiac Failure*.11 (5):358-365.
- Ferreira, P. (1991) "Definir e Medir Qualidade de Cuidados de Saúde2. *Revista crítica de Ciências Sociais*.Nº33, Outubro: 93-112.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Foertin, M.F. (1999) *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Trad. Nídia Salgueiro. Loures: Lusociência.

Folden, S. L. (1993). "Effect of a supportive- educative nursing intervention on older adults' perceptions of self- care after a stroke". *Rehabilitation Nursing*, 18, 162–167.

Folland, S.; Goodman, A.; Stano, M. (2008). *A Economia da Saúde*. 5ª Ed. Porto Alegre: Bookman.

Fonseca C, Ramos A, Vilelas J, Castro C, Botelho M. (2012). "Outcomes of individualized nursing interventions: a systematic review of literature". *Revista Da Rede De Enfermagem Do Nordeste*. April;13(2):470-479.

Foster R. (2001). "Who is responsible for measuring nursing outcomes?". *Journal Of The Society Of Pediatric Nurses*. July;6(3):107-108.

Francke, A. L., Garssen, B., Luiken, J. B., de Schepper, A. M. E., Grypdonck, M., & Abu- Saad, H. H. (1997). "Effects of a nursing pain programme on patient outcomes". *Psycho- Oncology*, 6, 302–310.

Glance L, Dick A, Osler T, Mukamel D, Li Y, Stone P. (2012). "The association between nurse staffing and hospital outcomes in injured patients". *BMC Health Services Research*. January; 12(1):247-254.

Goldenberg, D. (1997). "La familia, un paciente olvidado". *Revista Rol de Enfermaria*. Barcelona. Ano 20, Nº 223, p. 25-30.

Gonçalves, D. (2008). *A preparação do regresso a casada pessoa idosa hospitalizada*. Lisboa. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre à Universidade Aberta. [consultado em 12/02/2013]. Acessível em: http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1234/1/disserta%C3%A7%C3%A3o_Deolinda%20Gon%C3%A7alves.pdf.

Gu M. ; Vicki S. (2008). "Conn Meta-Analysis of the Effects of Exercise Interventions on Functional Status in Older Adults". *Research In Nursing And Health*. 31 (6):594-603.

Halar, E.; Bell, K. (2001) "Contraturas e Outros Efeitos Deletérios da Imobilidade", in Manole (eds.) *Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas*.. pp. 519 a 535.

- Hanucharunkui, S., & Vinyanguag, P. (1991). "Effects of promoting patients' participation in self-care on postoperative recovery and satisfaction with care". *Nursing Science Quarterly*, 4, 14–20.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hirdes, J. et al., (2008). "Reliability of the InterRai suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system". *BioMed Central*. Acessível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/277>> [Consultado em 05 Fevereiro 2013].
- Hnatiuk C. (2006). "The economic value of nursing". *AAACN View point*. 28(4):1.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Ed. Loures: Lusociência.
- Holzheimer, A., McMillan, S. C., & Weitzner, M. (1999). "Improving pain outcomes of hospice patients with cancer". *Oncology Nursing Forum*, 26, 1499–1504.
- Hoogerduijn, J., Schuurmans, M., Duijnste, M., de Rooij, S., Grypdonck, M. (2006). "A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline". *Journal of Clinical Nursing*, 16, 46–57.
- Irvine D, Sidani S, Hall L. (1998). "Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation". *Nursing Economic*. May; 16(3):110.
- Irvine D, Sidani S, Hall L. (1998). "Linking outcomes to nurses' roles in health care". *Nursing Economic*. March; 16(2):58.
- Keepnews, D. (2011). Mapping the Economic Value of Nursing. Commissioned by the WSNA Professional Nursing & Health Care Council Washington State Nurses Association. June 6. [consultado em 12/02/2013]. Acessível em: www.wsna.org/.../economic%20value%20of%20nursing%20-%20white%20paper.pdf.
- Kisner, C.; Colby, L. (2005). *Exercício Terapêutico: Fundamentos e Técnicas*. São Paulo: Manole.

Kligler B, Homel P, Harrison L, Levenson H, Kenney J, Merrell W. (2011). "Cost Savings in Inpatient Oncology Through an Integrative Medicine Approach". *American Journal Of Managed Care*. December;17(12):779-784.

Kurtzman E. (2010) "A Transparency and Accountability Framework for High-Value Inpatient Nursing Care". *Nursing Economic*. September. 28(5):295-306.

Larson, J.; Johnson, J.; Angst, D. (2000). "Função respiratória e Reabilitação Pulmonar, in Lusociência" (eds.) *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. pp. 393 a 543.

Leatherman S, Berwick D, Bisognano M, et al. (2003). "The business case for quality: case studies and an analysis". *Health Affairs* (Project Hope). March; 22 (2) : 17-30.

Leprohon, J. (2001). "A Qualidade dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros Portugueses". *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: melhor Enfermagem, Melhor Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

Lohmann M., Rosa M. (1993). "MAQCEH: método de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem hospitalares: adulto acamado". *Servir*. Lisboa. Vol. 41, Nº 6 (Nov.-Dez.), p. 309-322.

Luís, M; et al. (2003). "História da enfermagem de reabilitação". *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. nº 9.Suplementoda revista, p.12-13.

Magalhães, M. (2009). "O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica-DPOC : da evidência científica à mudança das práticas". *Revista Investigação em Enfermagem*. Agosto. Sinais Vitais. 20 (Agosto) 26-39.

Marek K, Popejoy L, Petroski G, Rantz M. (2006). "Nurse care coordination in community-based long-term care". *Journal Of Nursing Scholarship*. March. 38(1):80-86.

Marek, K. (1997). "Measuring the effectiveness of nursing care". *Outcomes Management for Nursing Practice*. p. 8 – 12.

- Martín, J.; Pérez, F.; Gil, A.; et al. (2011). « A study of the user's perception of economic value in nursing visits to primary care by the method of contingent valuation». *BMC Family Practice*. October 3,;12:109.
- Martins, M. (2002) *Uma crise accidental na família. O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- McKeough Z, Bye P, Alison J. (2012). "Arm exercise training in chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial". *Chronic Respiratory Disease*. August; 9(3):153.
- Meleis, A. et al. (2000). "Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory". *Advances Nursing Science*, September p. 12-28.
- Millar, W. (1996). "Chronic pain". *Health Reports*, 7, 47–53.
- Milo A.; Scharplatz M.; Troosters T.; Steurer J. (2005). "Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality – a systematic review". *Respiratory Research*.6:54.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). "Quality health outcomes model". *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 43–46.
- Mock, V., Burke, M. B., Sheehan, P., Creaton, E. M., Winningham, M. L., McKenny- Tedder, S., et al. (1994). "A nursing rehabilitation program for women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy". *Oncology Nursing Forum*, 21, 899–907.
- Moulin, D., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley- Forster, P. (2002). "Chronic pain in Canada: Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia". *Pain Research and Management*, 7, 179–184.
- Neuberger, G. B., Aaronson, L. S., Gajewski, B., Embretson, S. E., Coyle, P. E., Loudron, J. K., et al. (2007). "Predictors of exercise and effects of exercise on symptom, function, aerobic fitness, and disease outcomes of rheumatoid arthritis". *Arthritis and Rheumatism*, 57, 943–952.

Oh, H.; Seo, W. (2007). "Meta-analysis of the effects of respiratory rehabilitation programmes on exercise capacity in accordance with programme characteristics". *Journal Of Clinical Nursing*.16 (1):3-15.

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2001). "Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual, Enunciado descritivos". *Divulgar* Dezembro.

Patterson C. (1992). "The economic value of nursing". *Nursing Economic*. May. 10 (3):193-204.

Pereira, F. (2004). "Do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido". *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. nº 13.Suplemento da revista, p.14-22.

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade: do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

Pisco, L.; Biscaia, J. (2001) Cuidados de saúde primários 2000. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Disponível em <<http://www.observaport.org/node/63>> [Consultado. 17de Novembro 2012].

Plano Nacional de Saúde 2011-2016. [consultado em 28/08/2012]. Acessível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>.

Porter M. (2010). "What is value in health care?". *The New England Journal Of Medicine*. December 23,;363(26):2477-2481.

Portugal, (2011). Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (D.R. 2ª Série, N°35, p. 8658-8659).

Puhan M, Scharplatz M, Troosters T, Steurer J. (2005). "Centre for Reviews and D. Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality: a systematic review (Brief record)". *Respiratory Research*. 6:54.

- Queirós, P. (2010). "Autocuidado, transições e bem-estar2. *Revista investigação em Enfermagem*. Coimbra. Nº 21 (Fevereiro), p.5-7.
- Radwanski M.; Hoeman, S.; (2000). "Enfermagem de Reabilitação Geriátrica". In Lusociência (eds.) *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Ed. Loures.
- Rebelo, M. (1996). "Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem - contributo para a análise das representações sociais". *Sinais Vitais*. Coimbra. Nº 9. p.15-33.
- Robles L, Slogoff M, Shoup M, et al. (2011). "The addition of a nurse practitioner to an inpatient surgical team results in improved use of resources". *Surgery*. October; 150(4):711.
- Rond, M., de Wit, R., van Dam, F., & Muller, M. (2000). "A pain monitoring program for nurses: Effect on the administration of analgesics". *Pain*, 89, 25–38.
- Rootmensen, G. N., van Keimpema, A. R. J., Looyen, E. E., van der Schaaf, L., de Haan, R. J., & Jansen, H. M. (2008). "The effects of additional care by a pulmonary nurse for asthma and COPD patients at a respiratory outpatient clinic: Results from a double blind, randomized clinical trial". *Patient Education Counseling*, 70, 179–186.
- Rose, S. B., Lawton, B. A., Elley, C. R., Dowell, A. C., & Fenton, A. J. (2007). "The "Women's Lifestyle Study," 2-year randomized controlled trial of physical activity counselling in primary health care: Rationale and study design". *BMC Public Health*, 7, 166.
- Routasalo P, S Arve, Lauri S. (2004). "Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model International". *Journal Of Nursing Practice*. 10 (5) :207-215.
- Rutherford M. (2010). "The Valuation of Nursing Begins With Identifying Value Drivers". *The Journal of Nursing Administration*. Volume 40, pp 115-120.
- Ryrie I, Anderson B. (2011). "Tool to assess the cost and quality benefits of nursing innovation". *Nursing Management - UK* . July;18(4):28-31.

Sale, D., (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Editora Principia.

Sales, F.; Iraci S. (2007). “Perfil de idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem: Identificação de Necessidades”. *Texto e Contexto Enfermagem*, Julho-Setembro. Vol. 16 Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

Scherb, C. A. (2002). “Outcomes research: Making a difference in practice”. *Outcomes Management*, 6, 22–26.

Sidani, S., (2011). "Self-Care". *Nursing Outcomes: State of the Science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.

Sparrow S, Draper J. (2010). “Editorial: The (silent) voice of nursing?”. *Journal of Clinical Nursing* . March:603, 604.

Taylor, S. (2004). *Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem in Teóricas de Enfermagem e sua Obra*. Loures: Lusociência.

The American Nurses Association (2009). “On behalf of the larger nursing community announces the release of a first of its kind study on the economic value of nursing”. *Wyoming Nurse*. March;22(1):9.

Theuerkauf, A. (2000). “Autocuidado e actividades da vida diária” in Lusociência (eds.). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. Loures. pp.173-207.

Thungjaroenkul P, Cummings G, Embleton A. (2007). “The Impact of Nurse Staffing on Hospital Costs and Patient Length of Stay: A Systematic Review”. *Nursing Economic*. September;25(5):255-265.

Van den Heede K, Clarke S, Sermeus W, Vleugels A, Aiken L. (2007). “International Experts' Perspectives on the State of the Nurse Staffing and Patient Outcomes Literature”. *Journal Of Nursing Scholarship*. 4th Quarter; 39(4):290-297.

VIEIRA; E. (2004). *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter.

ANEXOS

ANEXO I

SECÇÃO A. IDENTIFICAÇÃO**1. NOME**

Apenas iniciais

2. GÉNERO - 1. Masculino 2. Feminino☐**3. DATA DE NASCIMENTO**

Ano

Mês

Dia

4. ESTADO CIVIL

1. Solteiro
2. Casado
3. Parceiro (a)/outro significativo
4. Viúvo
5. Separado
6. Divorciado

☐**5. LÍNGUA MATERNA**

1. Português
2. Outra
3. Especificar: _____

☐**7. HOSPITAL****8. ENFERMARIA****3. FORMAS DE COABITAÇÃO**

1. Sozinho
2. Apenas com cônjuge/parceiro
3. Com cônjuge/parceiro e outro (s)
4. Com filhos (sem cônjuge/parceiro)
5. Com pais ou tutores
6. Com irmãos
7. Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)
8. Com não-familiares

☐**4. EPISÓDIO DESENCADEADOR DA ADMISSÃO**

Momento em que surgiu o episódio/problema desencadeador desta admissão (tendo como referência a data de início da hospitalização – item B1)

0. Nos últimos 7 dias

1. Há 8-14 dias

2. Há 15-30 dias

3. Há 31-60 dias

4. Há mais de 60 dias

☐**5. PERÍODO DESDE A ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO**

Registe a hospitalização mais recente nos ÚLTIMOS 90 DIAS

0. Não houve hospitalização nos últimos 90 dias

1. Há 31-90 dias

2. Há 15-30 dias

3. Há 8-14 dias

4. Nos últimos 7 dias

5. Actualmente no hospital

☐**6. TEMPO PASSADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

0. Não foi admitido através do serviço de urgência

1. 0-8 horas

2. 8-24 horas

3. 24-48 horas

4. Mais de 48 horas

☐**7. CIRURGIA**

a) Cirurgia realizada até 48 horas após a admissão?

0. Não

1. Sim

☐

b) Data da Cirurgia

Ano

Mês

Dia

CASO SEJA REALIZADA UMA CIRURGIA, PREENCHER O RELATÓRIO DA ADMISSÃO 72 HORAS DEPOIS DA CIRURGIA, COM BASE NAS OBSERVAÇÕES FEITAS NAS 24 HORAS ANTERIORES.

SECÇÃO B. ADMISSÃO E HISTÓRIA INICIAL

[Nota: Preencher a Secção B na admissão/primeira avaliação]

DATA DE INTERNAMENTO

2

0

2. PROVENIENTE DE:

1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado
2. Lar
3. Casas assistidas ou semi-independente
4. Centro para pessoas com incapacidades físicas
5. Centro para pessoas com incapacidades intelectuais
6. Hospital ou unidade psiquiátrica
7. Sem-abrigo
8. Unidade de cuidados continuados
9. Centro/Unidade de reabilitação
10. Unidade de cuidados paliativos
11. Hospital de agudos
12. Prisão
13. Outro

Proveniente de _____

☐**SECÇÃO C. DATAS DA AVALIAÇÃO****1. DATAS DE REFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO**

a. Na admissão

Ano

Mês

Dia

b. Ao 14º dia

Ano

Mês

Dia

c. Na alta

Ano

Mês

Dia

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO D. COGNIÇÃO

1. CAPACIDADES COGNITIVAS PARA TOMAR DECISÕES DO DIA-A-DIA

Tomar decisões para as tarefas diárias – ex: quando se levantar ou fazer as refeições, que roupa vestir ou que actividades realizar

0. **Independente** – Decisões consistentes, sensatas, seguras

1. **Independência modificada** – Alguma dificuldade apenas em situações novas

2. **Incapacidade mínima** – Em situações específicas recorrentes, as decisões tornam-se fracas e perigosas; estímulos/supervisão necessários nesses momentos

3. **Incapacidade moderada** – Decisões constantemente fracas e perigosas; estímulos/supervisão são necessários nesses momentos

4. **Incapacidade grave** – Nunca/raramente toma decisões

5. **Sem consciência perceptível, coma** [Para a avaliação pré-admissão, continue com as Secções D a G, para todas as outras avaliações passe para a Secção H]

--	--	--	--

2. CAPACIDADE DE MEMORIZAR/RECORDAR

Codifique em termos de recordação daquilo que foi aprendido ou sabido

0. Sim, a memória OK. - 1. Problemas de memória

a. **Boa memória de curto prazo**

Parece recordar-se depois de 5 minutos

--	--	--	--

b. **Boa memória processual**

É capaz de realizar todas ou quase todas as etapas numa sequência de multi-tarefas sem estímulos

--	--	--	--

c. **Boa memória situacional** Reconhece os nomes/caras dos prestadores de cuidados com quem contacta regularmente e conhece a localização dos lugares que visita regularmente (quarto, refeitório, sala de terapia)

--	--	--	--

3. PERTURBAÇÕES PERIÓDICAS DO PENSAMENTO OU CONSCIÊNCIA

[Nota: Uma avaliação rigorosa implica conversas com funcionários, família ou outras pessoas com um conhecimento directo do comportamento do indivíduo ao longo deste período]

0. Comportamento não presente

1. Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal

2. Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal (ex: novo aparecimento ou agravamento; diferente das semanas anteriores)

a. **Facilmente distraído** – ex: episódios de dificuldade em prestar atenção; dispersa-se

--	--	--	--

b. **Momentos de discurso desorganizado** – ex: o discurso não faz sentido, irrelevante ou passa de assunto em assunto; perde a linha de pensamento

--	--	--	--

c. **Função mental varia ao longo do dia** – ex: umas vezes melhor, outras vezes pior

--	--	--	--

4. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO MENTAL EM RELAÇÃO AO HABITUAL- ex: agitação, letargia, dificuldade em despertar, percepção alterada do ambiente

0. Não 1. Sim

--	--	--	--

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO E. COMUNICAÇÃO E VISÃO

1. FAZER-SE ENTENDER (Expressão)

Expressar conteúdo de informação – verbal e não-verbal

0. **Compreendido** – Expressa as ideias sem dificuldade

1. **Compreendido geralmente** – Dificuldade em escolher as palavras ou concluir os pensamentos MAS, se tiver tempo, pouca ou nenhuma sugestão é necessária

2. **Compreendido frequentemente** – Dificuldade em encontrar as palavras ou terminar os pensamentos E é geralmente necessária sugestão

3. **Compreendido algumas vezes** – A capacidade limita-se a fazer pedidos concretos

4. **Compreendido raramente ou nunca**

--	--	--	--

2. CAPACIDADE PARA COMPREENDER OS OUTROS (Compreensão)

Compreender informação verbal (ainda que use aparelho auditivo normalmente utilizado)

0. **Compreende** – Compreensão clara

1. **Compreende geralmente** – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS compreende a maior parte da conversa

2. **Compreende frequentemente** – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS através da repetição ou explicação consegue muitas vezes compreender a conversa

3. **Compreende algumas vezes** – Responde de forma satisfatória apenas a um tipo de comunicação simples e directa

4. **Compreende raramente ou nunca**

--	--	--	--

3. AUDIÇÃO

Capacidade para ouvir (aparelho auditivo normalmente utilizado)

0. **Adequada** – Não tem dificuldades numa conversa normal, interacção social, ouvir televisão

1. **Dificuldade mínima** – Dificuldade em alguns contextos (ex: quando uma pessoa fala baixo ou está a mais de 2 metros de distância)

2. **Dificuldade moderada** – Problemas em ouvir conversas normais, necessita de um ambiente calmo para ouvir bem

3. **Dificuldade grave** – Dificuldade em todas as situações (ex: o falante tem de falar alto ou muito pausadamente; ou a pessoa menciona que todo o discurso é sussurrado)

4. **Sem audição**

--	--	--	--

4. VISÃO

Capacidade para ver com uma luz adequada (com óculos ou com outro aparelho visual normalmente utilizado)

0. **Adequada** – Vê os detalhes, incluindo a impressão normal dos jornais/livros

1. **Dificuldade mínima** – Vê uma impressão com maior resolução mas não a impressão normal dos jornais/livros

2. **Dificuldade moderada** – Visão limitada; não é capaz de ver as manchetes dos jornais, mas consegue identificar objectos

3. **Dificuldade grave** – Identificação de objectos duvidosa, mas os olhos parecem seguir os objectos; vê apenas luzes, cores ou formas

4. **Sem visão**

--	--	--	--

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO F. COMPORTAMENTO E ÂNIMO

1. ÂNIMO AUTO-REPORTADO

(Use um período de 3 dias para a avaliação pré-admissão e de 24 horas para as outras avaliações)

0. Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas

1. Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente

2. Sim, sentiu-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas

8. A pessoa não pode (quer) responder

Perguntar: “Nos últimos 3 dias/24 horas, com que frequência se sentiu...”

a. Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta?

b. Ansioso, impaciente ou inquieto?

c. Triste, deprimido ou desesperado?

SINTOMAS DE COMPORTAMENTO

Nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS, presença de um ou mais dos seguintes sintomas: abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados, comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo.

0. Não 1. Sim

--	--	--	--

SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL

1. AUTO-DESEMPENHO NAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

Considere todos os episódios dos últimos 3 dias/24 horas.

Se **todas** as actividades forem desempenhadas ao mesmo nível, pontue a AVD a esse nível.

Se houver **algum episódio** no nível 6, e outros menos dependentes, pontue a AVD com o nível 5. Caso contrário, centre-se nos três episódios mais dependentes [ou em todas os episódios se forem realizadas menos do que 3 vezes]. Se a actividade mais dependente for 1, a pontuação da AVD é 1. Se não for, pontue a AVD de acordo com a menos dependente entre 2-5.

0. **Independente** – Sem ajuda, preparação física ou supervisão em qualquer actividade

1. **Independente, ajuda apenas na preparação** – Objecto ou aparelho fornecido ou colocado ao seu alcance, sem ajuda física ou supervisão em qualquer actividade

2. **Supervisão** – Vigilância/estímulos

3. **Assistência limitada** – Orientação para se deslocar, ajuda a nível físico sem suportar o peso

4. **Assistência alargada** – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 1 ajudante em que a pessoa ainda desempenha 50% ou mais das sub-tarefas

5. **Assistência máxima** – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 2+ ajudantes OU Ajuda para suportar o peso em mais de 50% das sub-tarefas

6. **Dependência total** – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas

8. **Não houve actividade** durante todo esse período

a. **Tomar banho** – Como é que toma banho de imersão ou duche. Inclui a maneira como entra e sai da banheira ou polibã E como é lavada cada parte do corpo: braços, parte inferior e superior das pernas, peito, abdómen, área perineal – EXCLUI LAVAR AS COSTAS E O CABELO

--	--	--	--

b. **Higiene Pessoal** – Como trata da sua higiene pessoal, incluindo pentear o cabelo, lavar os dentes, fazer a barba/depilação, maquiar-se, lavar e limpar a cara e as mãos – EXCLUI BANHOS E DUCHES

--	--	--	--

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

c. **Caminhar** – Como se desloca em piso igual dentro de casa

--	--	--	--

d. **Transferência para a sanita**: Como se senta e levanta da sanita ou cadeira sanitária

--	--	--	--

e. **Uso da casa de banho**: Como usa a casa de banho (ou a cadeira sanitária, penico, urinol), como se limpa depois de usar a sanita ou episódio(s) de incontinência, muda a fralda, sabe lidar com a ostomia ou cateter, adapta as roupas – EXCLUI ENTRADA E SAÍDA NA CASA DE BANHO

--	--	--	--

f. **Mobilidade na cama** – Como se deita e se levanta, como se vira de um lado para o outro e posiciona o corpo na cama

--	--	--	--

g. **Alimentação** – Como come e bebe (independentemente da capacidade). Inclui a ingestão de alimentos de várias formas (ex: alimentação por sonda, alimentação parentérica total)

--	--	--	--

2. LOCOMOÇÃO/CAMINHAR

a. Principal modo de locomoção

0. Caminhar, sem aparelho de suporte

1. Caminhar, usa aparelho de suporte – ex: bengala, andarilho, canadianas, cadeira de rodas de empurrar

2. Cadeira de rodas, scooter eléctrica

3. Acamado

--	--	--	--

b. **Caminhada de 4 metros temporizada** – Crie um percurso desobstruído em linha recta. Peça à pessoa que esteja em pé com os pés na linha de partida.

Depois diga: “Assim que eu disser, comece a andar a um ritmo normal (com a bengala/andarilho se utilizar). Não se trata de um teste para saber a rapidez com que caminha. Pare quando eu lhe disser para parar. Tem dúvidas?” O avaliador pode demonstrar como se faz o teste.

Depois diga: “Comece a caminhar agora”. Comece a cronometrar (ou pode contar os segundos) assim que for dado o primeiro passo. Termine a contagem quando o pé tocar na linha dos 4 metros.

Depois diga: “Agora pode parar”.

Inscri o tempo em segundos, até aos 30 segundos, caso contrário:

30. 30 ou mais segundos para andar 4 metros

77. Parou antes de terminar o teste

88. Recusou-se a fazer o teste

99. Não foi testado – ex: não caminha sozinho

--	--	--	--

c. **Distância percorrida** – A maior distância percorrida de uma só vez sem se sentar nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (com apoio caso seja necessário)

0. Não andou

1. Menos de 5 metros

2. 5-49 metros

3. 50-99 metros

4. 100+ metros

5. mais do que 1 quilómetro

--	--	--	--

d. **Distância percorrida em cadeira de rodas** – A maior distância percorrida com cadeira de rodas de uma só vez nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (inclui o uso independente de cadeira de rodas motorizada)

0. Empurrado por outras pessoas

1. Usou cadeira de rodas motorizada/scooter

2. Andou sozinho de cadeira de rodas menos de 5 metros

3. Andou sozinho de cadeira de rodas 5-49 metros

4. Andou sozinho de cadeira de rodas 40-99 metros

5. Andou sozinho de cadeira de rodas 100+ metros

8. Não usou a cadeira de rodas

--	--	--	--

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL (cont.)

3. NÍVEL DE ACTIVIDADE

a. **Número de horas de exercício ou actividade física nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão** – ex: caminhar

0. Nenhuma
1. Menos de 1 hora
2. 1-2 horas
3. 3-4 horas
4. Mais de 4 horas

--	--	--	--

b. **Nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão, o número de dias em que saiu de casa/edifício onde reside** (independentemente da duração desse período)

0. Não saiu em nenhum dia
1. Não saiu nos últimos 3 dias, mas normalmente sai durante o período de 3 dias
2. 1-2 dias
3. 3 dias

--	--	--	--

4. ACAMADO

O doente está acamado por motivos médicos

0. Não 1. Sim

--	--	--	--

5. AUTO-DESEMPENHO DAS AIVDs E CAPACIDADE

No período **pré-mórbido**, pontue o DESEMPENHO nas actividades rotineiras em casa ou na comunidade durante os ÚLTIMOS 3 DIAS antes do aparecimento da doença aguda que desencadeou a admissão. No momento da **alta**, pontue a CAPACIDADE com base na competência presumida para realizar uma actividade da maneira mais independente possível. Este processo irá envolver “especulação” por parte do avaliador.

0. **Independente** – Sem ajuda, preparação ou supervisão

1. **Ajuda apenas na preparação**

2. **Supervisão** – Vigilância/estímulos

3. **Assistência limitada** – Ajuda em algumas situações

4. **Assistência alargada** – Ajuda na realização da tarefa embora realize 50% ou mais da tarefa sozinho

5. **Assistência máxima** – Ajuda na realização da tarefa embora realize menos de 50% da tarefa sozinho

6. **Dependência total** – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas durante todo esse período

8. **Não houve actividade** – Durante todo esse período (NÃO USAR ESTE CÓDIGO PARA PONTUAR A CAPACIDADE)

a. **Preparação das refeições** – Como são preparadas as refeições (ex: planeamento das refeições, juntar os ingredientes, cozinhar, preparar a comida e os utensílios)

--	--	--	--

b. **Tarefas domésticas** – Como são realizadas as tarefas domésticas (ex: lavar a louça, limpar o pó, fazer a cama, arrumar, lavar a roupa)

--	--	--	--

c. **Gerir as finanças pessoais** – Como são pagas as contas, verificar o livro de cheques, as despesas da casa são orçamentadas, o uso do cartão de crédito é controlado

--	--	--	--

d. **Gerir a medicação** – Como são geridos os medicamentos (ex: lembrar-se de tomar os medicamentos, abrir frascos, tomar as dosagens correctas, dar injecções, aplicar pomadas)

--	--	--	--

e. **Uso do telefone** – Como são feitas ou recebidas as chamadas telefónicas (com dispositivos de apoio, tais como telefones com números grandes, amplificação se necessário)

--	--	--	--

f. **Escadas** – Como sobe um lance de escadas (12-14 degraus)

--	--	--	--

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

g. **Compras** – Como são adquiridos os alimentos e os produtos para a casa (ex: escolha dos produtos, dinheiro para o pagamento) EXCLUIR O TRANSPORTE

--	--	--	--

h. **Transporte** – Como se desloca de transportes públicos (sistema de navegação, pagamento das tarifas) ou sozinho (inclui sair de casa; entrar e sair de veículos)

--	--	--	--

SECÇÃO H. CONTINÊNCIA

1. CONTINÊNCIA URINÁRIA

0. **Continente** – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de cateter ou outro aparelho de recolha da urina

1. **Controlo com cateter ou ostomia** nos últimos 3 dias/24 horas

2. **Raramente incontinente** – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência

3. **Algumas vezes incontinente** – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]

4. **Frequentemente incontinente** – Diariamente, mas tem algum controlo

5. **Incontinente** – Não tem controlo

8. **Não aconteceu** – Não houve produção de urina da bexiga nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--	--

2. APARELHO DE RECOLHA DA URINA

(Exclui pensos, fraldas)

0. Nenhum

1. Preservativo de urina

2. Cateter permanente

3. Cistostomia, nefrostomia, ureterostomia

--	--	--	--

3. CONTINÊNCIA FECAL

0. **Continente** – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de dispositivo de ostomia

1. **Controlo com ostomia** – Controlo com dispositivo de ostomia nos últimos 3 dias/24 horas

2. **Raramente incontinente** – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência

3. **Algumas vezes incontinente** – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]

4. **Frequentemente incontinente** – Diariamente, mas tem algum controlo

5. **Incontinente** – Não tem controlo

8. **Não aconteceu** – Não houve movimento do intestino nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--	--

4. USO DE PENSOS, FRALDAS

0. Não 1. Sim

--	--	--	--

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO I. DIAGNÓSTICOS

1. DIAGNÓSTICOS DA DOENÇA

Doenças que tenham relação com o actual estado das Actividades de vida diária, o estado cognitivo, o humor e o comportamento, os tratamentos médicos, a monitorização em termos de enfermagem ou o risco de morte. **(Não incluir diagnósticos inactivos)**

Código da doença (CD)

1. Diagnóstico/diagnósticos principais para a actual hospitalização
2. Diagnóstico presente, a receber tratamento activo
3. Diagnóstico presente, monitorizado, mas sem tratamento activo

a. Diagnósticos (inicial) na admissão

Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
i.		
j.		

b. Diagnósticos (final) na alta

Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
i.		
j.		

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO J. CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. QUEDAS

0. Nenhuma queda nos últimos 90 dias
1. Nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caiu há 31-90 dias
2. Uma queda nos últimos 30 dias
3. Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias

--	--	--	--

2. QUEDAS RECENTES

[Não preencher se foi avaliado há mais de 30 dias ou se esta é a primeira avaliação]

O doente caiu desde a última avaliação

0. Não

1. Sim

[em branco] Não aplicável (é a primeira avaliação ou já passaram mais de 30 dias depois da última avaliação)

--	--	--	--

3. FREQUÊNCIA DO PROBLEMA

0. Não presente
1. Presente

EQUILÍBRIO

a. Tem dificuldade ou é incapaz de se levantar sem ajuda

--	--	--	--

b. Tem dificuldade ou é incapaz de se virar e olhar na direcção oposta quando está em pé

--	--	--	--

SITUAÇÃO GASTROINTESTINAL

Náusea

--	--	--	--

4. DISPNEIA (Falta de Ar)

0. Ausência de sintoma
1. Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades moderadas
2. Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades diárias normais
3. Presente em repouso

--	--	--	--

5. FADIGA

Incapacidade para realizar actividades diárias normais – ex: AVDs, AIVDs

0. **Nenhuma**

1. **Mínima** – Falta de energia mas realiza as actividades diárias normais

2. **Moderada** – Devido a falta de energia, INCAPAZ DE ACABAR as actividades diárias normais

3. **Grave** - Devido a falta de energia, INCAPAZ DE COMEÇAR ALGUMAS actividades diárias normais

4. **Incapaz de começar qualquer actividade diária** – Devido a falta de energia

--	--	--	--

6. SINTOMAS DE DOR

[Nota: Pergunte sempre ao doente sobre a frequência, intensidade e controlo da dor. Observe a pessoa e pergunte a outras pessoas que estejam em contacto com o indivíduo.]

a. Frequência com que a pessoa se queixa ou mostra sinais de dor (incluindo expressões faciais de dor, cerrar os dentes, gemer, afastar-se quando lhe tocam ou outros sinais não verbais que sugerem dor)

0. Sem dor

1. Presente mas não manifestada nos últimos 3 dias/24 horas

2. Manifestada nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--	--

b. Nível mais elevado de intensidade da dor actual

0. Sem dor

1. Fraca

2. Moderada

3. Forte

4. Momentos em que a dor é horrível e lancinante

--	--	--	--

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO P. POTENCIAL DA ALTA**1. SERVIÇOS DE APOIO DA COMUNIDADE ANTES DA ADMISSÃO**

A pessoa estava a receber serviços de apoio formais (para além do apoio de familiares ou amigos) antes da admissão?

0. Não

1. Sim

2. A residir numa instituição

--	--	--	--

2. SERVIÇOS DA COMUNIDADE ANTERIORES À ADMISSÃO

0. Não

1. Sim

a. Realização das tarefas domésticas

b. Serviço de refeições

c. Manutenção da casa

d. Enfermagem domiciliária

e. Enfermeiro que administra medicação

f. Ajuda ao nível dos cuidados pessoais

g. Centro de dia

h. Assistência temporária para descanso do cuidador

i. Pacotes de cuidados

j. Outros

Especificar:

3. POTENCIAL DA ALTA

0. Não

1. Sim

2. A residir numa instituição

a. Tem uma pessoa de apoio com uma opinião positiva sobre a alta ou a continuação da residência na comunidade

--	--	--	--

b. Tem alojamento disponível na comunidade

--	--	--	--

SECÇÃO Q. ALTA

Preencha a Secção apenas no momento da alta

1. ÚLTIMO DIA HOSPITALIZAÇÃO

2	0		
---	---	--	--

--	--	--	--

2. DEPOIS DA ALTA, ENVIADO PARA:

1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado

2. Lar

3. Assistência domiciliar ou semi-independente

4. Centro psiquiátrico

5. Centro para pessoas com incapacidades físicas

6. Local para pessoas com incapacidades intelectuais

7. Hospital ou unidade psiquiátrica

8. Sem-abrigo

9. Unidade de cuidados continuados

10. Centro/Unidade de reabilitação

11. Hospital psiquiátrico/Unidade de cuidados paliativos

12. Hospital de cuidados agudos

13. Prisão

14. Outro

15. Falecido

--	--	--	--

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO R. INFORMAÇÃO DA AVALIAÇÃO

ASSINATURA DA PESSOA QUE ESTÁ A COORDENAR/PREENCHER A AVALIAÇÃO

a. Assinatura (assine na linha de cima)

b. Data em que a avaliação foi assinada como estando preenchida

2	0		
---	---	--	--

Ano

--	--

Dia

--	--

Mês

OBRIGADO

ANEXO II

REGISTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

MEDICINA INTERNA ENFERMARIA D

ANO 2012

Nome----- Cama-----

Dia/ Mês	AAD										Total
Focos de enfermagem											
1. Expetorar Ineficaz											
2 . Hipoventilação											
3. Autocuidado Deambular											
4. Autocuidado Transferir-se											
5. Autocuidado Posicionar-se											
6. Autocuidado uso do Sanitário											
7. Autocuidado Higiene											
8. Autocuidado Vestuário											
9. Autocuidado Alimentar-se											
10. Rigidez articular, risco											
Intervenções											
Técnica de posicionamento											0
Abertura costal global											0
Abertura costal seletiva											0
Bloqueio unilateral											0
Dissociação tempos ventilatórios											0
Respiração dirigida											0
Respiração abdomino-diafragmática											0
Expiração forçada											0
Tosse assistida											0
Aerossóis											0
Aspiração nasotraqueobrônquica c. cateter											0
Drenagem postural											0
Técnicas de percussão / vibração torácica											
Peak-flow meater/											0
Supervisionar a pessoa no autocuidado											0
Instruir sobre o autocuidado											0
Treinar o autocuidado											0
Assistir a pessoa											0
Incentivar a pessoa											0
Instruir a utilização estratégias adapt.											0
Treino de utilização outras ajud. técnicas											0
Executar auto-cuidado											0
Técnicas de relaxamento											0
Treino de coordenação motora											0
Treino em actividades de vida diária											0
Treino da funcionalidade no leito											0
Treino de familiares/prestador cuidados											0
Massagem manual de mais de uma região											0
Cinesiterapia correctiva postural											0
Readaptação ao esforço											0
Fortalecimento muscular											0
Mobilização articular manual											0
Treino de equilíbrio											0
Treino de marcha											0
											0

Observações

Legenda Se focos 2,3 e 4 forem em grau moderado ou elevado então assinalar o risco de rigidez articular

1 - Dependente em grau elevado; 2 -Dependente em grau moderado; 3 - Dependente em grau reduzido